

博士学位請求論文

指導教員 横山 壽一 教授

医療生協の事業と運動に関する研究

ー地域共生社会への対抗軸としての

「人権・協同・共同化」ー

佛教大学大学院
社会福祉学研究科社会福祉学専攻

岸本 貴士

医療生協の事業と運動に関する研究
ー地域共生社会への対抗軸としての「人権・協同・共同化」ー

<目次>

序章

第1節 問題の所在-----	1
第2節 研究の目的およびアプローチ-----	6
第3節 本論文の構成-----	7

第1章 医療生協の事業と運動：医療生協研究・医療生協論の再整理から

第1節 生活協同組合の位置づけ、生協運動の知見・先行研究の俯瞰から-----	11
1) 生協論の検討 11	
2) 生協の特徴：「日本型生協モデル」と発達要因の検討 15	
3) 厚生行政における生協の位置づけの検討 18	
第2節 医療生協の組織的特徴について-----	22
1) 先行研究から見出せる医療生協の特徴 22	
2) 医療生協の組織的特徴の再整理 34	
第3節 医療生協をかたちづくるもの 組合員、事業（サービス）、運動-----	38
1) 組合員とは何か 38	
2) 事業（サービス）について 44	
3) 運動について 47	
4) 医療生協の組織的特徴から見出せる「事業と運動」の要点：「くらしの協同」と「信頼」 52	

第2章 医療生協の事業と運動の具体的実践からのアプローチ 尼崎医療生協
を例として

第1節 尼崎医療生活協同組合の「事業と運動」の展開-----	58
1) 尼崎医療生協はどのように誕生し今日に至ったのか 58	
① 民主的医療運動前史期 59	
② 民主医療運動期 63	
③ 医療生協運動期 68	

④歴史的区分から見出せる運動とその成果	76
第2節 尼崎医療生協運動史から見出せる医療生協運動の特徴とその役割-----	78
1) 尼崎医療生協運動史の「組織と運動の理論」からの検討	78
2) 民主医療運動という視点…健康の自己主権の実現に向けて	80
3) 民主医療運動から「組合員が主人公の医療生協化」	81
4) 医療生協運動の役割：人権としての社会保障・社会福祉をとらえ、それら諸制度の補充や代替の視点	82

第3章 医療生協の事業と運動の先見性とその限界

第1節 生協法人格による「事業と運動」の意義について-----	85
1) 生協法による医療事業への疑義	86
2) 医療生協規制について	87
3) 当時の徳洲会による医療生協づくりをどう考えるか	89
第2節 健康の自己主権・健康権確立に向けた事業と運動の意義-----	93
1) 「健康の自己主権」から権利の実現を目指す行動をとる「患者の権利」へ	93
2) 健康権の整理	94
第3節 医療・介護サービスの商品へ対峙する「事業と運動」の限界-----	98
1) 医療や介護サービスとは何か～医療や介護サービスの商品化をめぐる	98
2) 医療・介護サービスを商品化する ISO 規格：手段が目的化すると「商品化」へ	102
3) 医療生協の「事業と活動」批判	105
4) 先見性としての「人権・協同」と限界点としての「共同化」：「共同化」への確信に向けて	114

第4章 医療生協の事業と運動としての低所得者医療保障：無料低額診療事業の実践から

第1節 生活困窮者・低所得者の医療保障の現状と課題-----	116
1) 生活困窮者・低所得者の定義について	118
2) 戦後の生活困窮者・低所得者の位置づけについて	119

第2節 医療生協による低所得者への医療保障：無料低額診療事業をめぐって---124

1) 低所得者の医療をめぐる現状：一方策としての無料低額診療事業 124

2) 無料低額診療事業研究について 127

①無料低額診療事業の出自について 127

②「制度としての思いやり医療」としての無料低額診療事業 139

第3節 無料低額診療事業への3つの視点からのアプローチ-----141

1) <法体系>からのアプローチ 142

2) <理論体系>からのアプローチ 147

3) <実践体系>からのアプローチ 147

4) 3つのアプローチからの論点整理 150

第4節 医療生協による無料低額診療事業実践：運動の文脈での「人権として

の医療保障の実践」へ-----153

1) 現代日本社会における社会事業の開拓的役割 153

2) 日本型社会的協同組合の十分条件としての無料低額診療事業の実践とい
う提案 155

第5章 地域共生社会を「人権・協同・共同化」をもとにつくりかえるために
～対抗軸としての医療生協の事業と運動

第1節 医療生協運動における「人権」について：人権と社会保障の再整理

から-----157

1) 「性的マイノリティの人権」から<人権>の整理 158

2) 人権と社会保障の「つくりかえ」：戦後日本の社会保障をめぐる変遷から 172

3) 社会権の再構築に向けた医療生協運動の可能性 179

第2節 地域共生社会への対峙：医療生協運動における「協同」による対抗

から-----184

1) 自助・互助・共助・公助へのプロセスと地域共生社会という方向 184

2) 地域共生社会への視座：地域福祉の再検討と日本社会連帯を振り返ること
から 189

3) 地域共生社会の理念：道徳的包摂と国家主義 β からの検討 194

4) 地域共生社会をつらぬく「道徳」「公共」～学校教育が進める道徳観の実践

形として	198
5) 医療生協運動の「協同」による対抗に向けて	211
第3節 社会保障・社会福祉の市場化への対峙：医療生協運動による共同化の 視座での対抗	212
1) 社会保障・社会福祉の市場化について	212
2) 社会福祉・社会保障の市場化の源流	215
3) 社会福祉・社会保障の権利性について	216
4) 「消費者としての住民」の住民責任による「思いやり地域共生社会」	219
第4節 地域共生社会に対峙する「人権・協同・共同化」を運動に内包する医 療生協運動の可能性	222
1) 「人権・協同・共同化」の対抗軸づくりに向けて	222
2) 社会的共通資本としての社会保障・社会福祉＝「社会保障・社会福祉の共 同化」へ	22
3) 地域共生社会への対抗：「人権・協同・共同化」を基軸とする医療生協運 動に向けて	230
 終章	
第1節 本論文の結論	237
1) 「3つの問題意識」への結論	237
2) 本研究から得られた新たな知見、オリジナル性について	239
第2節 残された課題の整理	243
参考文献	245
謝辞	264

序章

第1節 問題の所在

なぜ、医療生協の診療所や病院は、生活困窮者や低所得者の医療や介護を守るべく事業を進めているのか。これは、筆者が27歳の時に、医療生協に入職し、診療所に配属されたときに感じたことである。率直なところ、医療生協に入職当初、医療生協の事業や運動の必要性がよく理解できなかった。医療生協の班会へ参加する時も、なぜ医事の保険請求などの仕事を横においてまで参加しないといけないのか、正直わからなかった。診療所には病気を抱える患者が来るところであって、病気ではない人たちが集って班や支部をつくるのか、不思議だった。だが、支部の運営委員などの役員をする組合員さんや患者さんたちとのかかわりは、こうした不思議だったことへの答えとなるものとなった。

たまたま大学院修士課程での性教育研究で山本宣治¹を知っていたこともあったので、無産者診療所や戦中の治安維持法での検挙などの歴史の大枠を理解していたが、「なぜ、生活協同組合（以下、生協）なのか」は、理解できずにいた。「コープが医療機関をつくると民医連になるのか？」と、不思議だったのだ。

勤務した診療所には单身男性高齢者の患者が少なくなかった。阪神工業地帯で、全盛期には大量の工場労働者がいたが、そうした工業地帯も廃れていくも、そこで働いていた单身男性労働者たちが高齢者となって、そのまま定住していたのだった。工業地帯を支えた大企業の孫請けの町工場のような事業所で働いていた人も少なくなき、そうした人たちが診療所のまわりの文化住宅に住んでいたのである。その中にはクレマーのような患者もいたし、診療所には、よく飲酒して絡んでくる患者も多かった。そんな患者の対応は若い男性事務職員の仕事のようなところもあって、筆者は「怖いな」と思いながらも、絡んできた飲酒の患者を自宅に連れ帰ったりしたものだった。家へ送ると、粗末な文化住宅にワンカップや酒のパックやらが散乱し、布団は引きっぱなし、とてもひどいところでの生活を垣間見たのだった。

なぜ酒に頼り、診療所へ絡んでくるのか。そこには、患者の家族環境や労働環境がかなり過酷で、酒を飲んで絡んでも診療所なら相手にしてくれるとの気持ちも強かったのかもしれない。アルコール性肝炎を患いながら、でも酒が手放せない。患者の社会的背景への視点を現場で学ぶことができたのだった。

¹ どちらかというと、性教育研究のほうがマイナーであり、通常は、無産者診療所の起源としての山本宣治（山宣）である。

こうした問題は、生活困窮者であれば福祉事務所などの行政が第一に対応すべきであるし、医療生協のような民間医療機関が、なぜそこまで手を焼かなければいけないのかと思っただけである。しかし、患者さんの社会的背景を知り、さらにそうした患者には本来行政が手を差し伸べるべきところなのだが、医療生協をつくってきた先人たちが、お互いに手を取り合って自分たちへの医療を守り、さらに組織化して運動体として行政へ医療保障を求めていく軌跡を見たときに、筆者はその存在意義を見出すことができたのであった。

そこには、筆者がかつて研究活動で対象とした性的マイノリティの人たちが直面する社会的困難に共通するものもあった²。なぜ、生活困窮者や低所得者は、医療や介護の必要充足ができないのか。そこには、医療や介護をとりまく社会構造への視座の解明なくして、問題解決には向かえない。さらにそうした必要充足に向けた運動の意義が、社会構造の問題への解決に大きく資するものになることは、性的マイノリティの社会的困難をもたらす社会構造への視座に重なる。

筆者は、性的マイノリティの社会的困難への対抗として。「人権」を打ち立ててきたが、生活困窮者や低所得者の医療や介護の保障に向けて、人権がその中核を占めるものと考えている。だが、国は「地域共生社会」を打ち立てて、まずは自分でやってみる、その上で地域での支えあい助け合うという姿勢であり、人権ではなく、「思いやり」が社会を救う」といわんとしているし、私たちも「そうだ」と思ってしまう。

「思いやり」「支えあい」「助け合い」という言葉や行為を、真正面から否定できる人はいないだろう。しかし、「思いやり」「支えあい」「助け合い」という言葉や行為で、社会的困難を抱える当事者が生活基盤を回復できるのか。当事者の困難を「緩和」できても決して解決できるものではない。だが、地域共生社会のもとで、「思いやり」「支えあい」「助け合い」の美辞麗句が先行して、社会的困難を抱える人たちへの生存権保障が曖昧にされてしまっている。社会福祉は、「思いやり」という道徳実践になってしまったのか。

筆者が医療生協の事業と運動について検討したいと強く考えるのは、こうした地域共生社会のあり方、社会福祉の「思いやり」「支えあい」「助け合い」に、医療生協の事業活動がどう対応しながら、社会的困難を抱える人たちの人権を基底にした医療生協運動が進めることができるのか、それらを探求するためである。それは、冒頭にあげたアルコール依存の男性単身高齢者へのかかわり、班や支部をつくって地域づくりに資する運動の基底と

² 杉山貴士（2001）「高等学校等に在学する同性愛の生徒への支援・援助の可能性」京都精華大学大学院人文学研究科修士論文、ほか

なるものは何かを探求することでもある。社会的困難を抱える患者、地域住民へ医療生協という生協組織に何ができるのか。

筆者は、所属する医療生協において無料低額診療事業³という、済生会の専売特許のような社会福祉事業を医療生協が行うことにあたり、医療生協がなぜ戦前の慈恵医療とでもいうべき無料低額診療事業を行うのか、その解答を求めなければならなかった。そもそも無料低額診療事業は、社会福祉法人等が行う場合において税制面での優遇があるものの、医療生協には税制面での優遇は全くなく、実施する利点が運営法人として見出せない。なぜ法人が持ち出しまでして、利点がない無料低額診療事業を実施するのか。筆者は、実施推進の側から、医療生協が無料低額診療事業を行う意義を見出さなければならなかった。

そこで見出したのが、医療生協の組織的特徴やその起源であった。生協組織への確信と、人権を基軸においた事業と運動が、医療生協という組織体であった。筆者が医療生協を研究対象として意識したのは、こうした職場での立場上の問題も大きく影響している。

しかし、とりもなおさず、医療生協が人権を基軸にした事業と運動を進める組織体であることを検証していくことは、今日のような格差と貧困が広がる社会、さらに経済が人権よりも優先されることが当たり前のような状況に対して一石を投じることができるのとの思いがある。筆者は、以下のような問題意識をもって、医療生協の事業と運動への探求を進めていきたいと考えている。

1) 医療生協はどんな組織体なのか

さて、医療生協とはどんな組織なのか。医療生協は医療・福祉事業を行うの生協である。生協は生協法に定める法人格である。生協法では、生協に加入する組合員への最大の利益還元を行う共益組織として位置づけられている。組合員による組合員のための組合員による組織が生協なのである。確かに、購買生協であれば、組合員にならなければその店舗での買い物ができないなどの制限はあっても問題は起きないが、医療を事業活動とする医療生協では、組合員でなければ診療が受けられないことはあり得ない。生協法以前に、医療法によって特定の者以外の診療を拒絶することができないからである。医療は、確かに、一部負担金を各人が負担するものの、公的医療保険によって運用されている。医療生協は、購買生協とは異なり、公的医療保険や介護保険による医療・介護サービスを提供する事業

³ 第4章において無料低額診療事業については詳述している。

活動を行っている。組織的な矛盾を抱えながらも、医療・介護サービスを組合員はもちろんのこと、非組合員へも提供している。共益組織である生協が、医療という、いわば公共財を主力の事業活動として行う矛盾。医療生協とはどんな組織体なのか、ということが問題意識の第一である。

2) 医療・介護サービスとは何か：あるべき社会保障を考える視座として

医療や介護は、公的医療保険や介護保険などの公的社会保険制度によって維持・運用されている。民間保険とは異なり、公的社会保険には、国や自治体による公費が投入され、医療サービスや介護のサービスは、日用品のような商品とは違うことは、一般的に理解できているはずである。

医療・介護サービスを検討する前に、そもそも「サービス」とは何か、ここで確認しておく。

広辞苑において「サービス」とは、「奉仕」「給仕・接待」「商売で値引きしたり、客の便宜を図ったりすること」「物質的生産過程以外で機能する労働」があげられ、経済用語としては「無形の財」「非物質的な価値」などとの意味を持つ。しかし、日本語としての「サービス」は、「サービス」になってしまっており、感覚的な用語でもあって、指し示すものの確ではなく、あいまいなものも少なくない。

オックスフォード英英辞典で、サービス、つまり“service”の意味を見てみると、① “The action of helping or doing work for someone.”（誰かのために助けたり仕事をしたりすること、つまり無形の財を提供すること）が見出せ、おそらく①の意味において日本語では医療や介護について「サービス」を活用していることがうかがえる。しかし、“service”には、② “A system supplying a public need such as transport, communications, or utilities such as electricity and water.”（交通、通信、電気・水道などの公共のニーズを満たすシステム）という意味がある。「システム」というと、仕組みのようなイメージを持つが、“system”は“a group of related parts that work together as a whole for a particular purpose”（特定の目的のために全体として機能する関連する部門の人々や事物の集まり）である。

医療や介護の public need（公共的なニーズ）や、utilities（公益性）を考えれば、②の意味こそ注目しなければならないはずなのである。こうして見ると、医療や介護の文脈において使われるサービスとは、提供者による一方的な奉仕や一方的に作られる無形の

財というものではなく、公共性や公益性を持った人々の共同作業によって担われるものと定義できる。確かに「無形の財」であり「非物質的な財産」であるが、それらは人びとの共同作業によって作られるのが「サービス」の持つ意味である。

さて、こうした医療・介護サービスであるが、これらの利用に際し、私たちは対価として一部負担金の支払いを行う。この行為は、日用品の購入に際して、レジで支払う感覚とそう変わらない。医療であれば、医師の診察や検査や処置を受けて、公的医療保険の一部負担金を窓口で支払う。診察や処置も個体差が大きく、「確実に治癒」というものはない。日用品購入での「不良品クレーム」と同じものではないことは想像できるはずだが、実際には「不良品クレーム」と「医療の不確実性」を同等に扱う患者も少なくない。つまり、「医療サービス商品」として医療行為全体を捉える傾向である。これは、医療機関において、患者を「患者様」と位置づけ、医療消費者としての患者像をそこに位置づけていることから、医療機関側の態度としても患者側と同じ「消費サービス」として捉えることがわかる。介護サービスはさらに端的である。つまり、例えば、今までの家事援助という行為が、介護保険制度によって点数化＝価格設定されたからである。無償の家族援助に値段が付き、「介護サービス商品」となったのである。「医療サービス商品」や「介護サービス商品」を購入する日常的実践が、今日、当たり前になっている。しかし、こうした現状は「当たり前」なのだろうか。

そもそも公的社会保険制度は、社会保障としての役割をもって医療や介護を必要充足できるように制度設計したものであったはずである。公費を投入するのは、生活困窮者や低所得者を包含するためであり、お金がなくても医療を受けられるような仕組みをもっている。しかし、現状は、医療・介護サービスは、一部負担金が支払える「消費者」であることが要求される。なぜ、消費者としての立ち位置が求められるのか。医療・介護サービスとは何か、さらに社会保障とは何かについて、医療生協の事業と運動から再考するというのが問題意識の第二である。

3)「思いやり」によって人権が後景に退くのはなぜか

第三の問題意識は、特に社会福祉にみられる「思いやり」の本質は何か、という点である。「助け合い」「支えあい」「思いやり」は、どれも人間であれば否定しえないものである。しかし、なぜ、社会保障・社会福祉を検討する際に、ことさらにこれらの言葉が多用されるのか。確かに、医療生協運動においても「人とつながり支えあう」などのスローガンが

ある。

筆者は、かつて性的マイノリティの社会的困難への対峙に関する研究を深めたが、そこで必要な視座は、人権として性的マイノリティを位置づけることであった。例えば、同性愛は宗教的な罪であったし、さらに異常性欲として精神医学においても定義があった。また「かわいそうな人たち」という視座で、彼らを見出すことが、特に性同一性障害という言葉が位置づき始めた 2000 年代以降にあった。「障害があるからかわいそう」という非当事者による「思いやり」であった。「思いやり」とは、その対象について憐れみや共感に留まる。同性愛者の人権運動は、「思いやり」を求めたものではなく、同性愛者の人権確立を求めたものであって、また非当事者による「思いやり」を求めたものではない。

社会保障・社会福祉が、「思いやり」「支えあい」「助け合い」という言葉によって、社会的困難を抱える当事者の人権確立に向けた具体的な施策から離れてしまうのはなぜか。例えば、新型コロナウイルス感染症感染拡大による経済的状況で修学ができずに退学に追いやられる学生たちに向けて、国は「修学支援」を打ち出している。しかしなぜ「修学保障」にならないのか。寄り添い、支えあいという実践は、あくまでも「そばにいてみてあげるだけ」である。その当事者の復学の具体化の実践をするわけではない。

「思いやり」により人権を後景に追いやる現象が、さまざまな社会保障・社会福祉の制度の視座にありはしまいか。「思いやり」とは一体何なのかが筆者の問題意識である。

こうした、1) 医療生協とはどんな組織体か、2) あるべき社会保障、医療・介護サービスとは何か、3) 「思いやり」が人権を後景にするのはなぜか、という問題意識をもとにして、今日の社会情勢のもとで、医療生協の事業と運動が果たし得る役割は何かを考えて、本論は探求を進める。

第 2 節 研究の目的およびアプローチ

本論は、今日国策となっている地域共生社会への対応に向けて、医療生協の事業と運動の必要性を提起するものである。それは、医療生協運動が人権に根差した運動であり、道徳を理念とする地域共生社会への大きな対抗軸になるからである。

研究のアプローチとしては、医療生協の事業と運動を概観し、個別事例を検証しながら、医療生協の事業と運動に見出せる人権性・先駆性・開拓性を、先行研究等から検証して、医療生協の事業と運動が持つ要素を「人権・協同・共同化」として再整理していく。「人権」については、＜人権＞について、性的マイノリティを例に検討し、＜人権＞が経済的特権

や「思いやり」となっている現状を整理する。本来あるべき人権が、＜人権＞として経済的特権にかわり、経済的強者による弱者へ「思いやり」による対応が内実になり、公的責任としての社会保障・社会福祉という捉え方が、「支えあい」「助け合い」という道徳的实践へ転換される。それをさらに検証するために、道徳科・公民科公共での学習指導要領解説を検討して、地域共生社会が道徳の実践形であることを見出していく。

今日の地域共生社会を、道徳的包摂としての実践形である、いわば「思いやり地域共生社会」として定義した上で、「思いやり地域共生社会」への対抗軸としての人権に根差した医療生協の事業と運動を打ち立てていく。道徳と人権とは、全く異なるものである。人権運動としての医療生協は、道徳実践とは全く異なる立場である。人権運動としての医療生協を導く上で、社会的協同組合の実践は示唆に富むものとなり、医療生協による無料低額診療事業の実践は、社会的協同組合としての医療生協の十分条件との方向を導く。

さらに、「思いやり地域共生社会」は、「道徳・日本の社会連帯・市場化」がその構成要素となることを見出した上で、医療生協の事業と運動が、それらの対応軸として「人権・協同・共同化」としてそれらの構成要素となりことを検討する。地域共生社会を「人権・協同・共同化」につくりかえていくための医療生協の事業と運動のあり方を提起する。

本論文では、文献研究による理論への検討が中心的なものとなる。いわば、今日の国策である「地域共生社会」への対抗する人権運動を軸とする医療生協の理論研究をめざすことになる。

第3節 本論文の構成

本論文は、序章と終章を合わせて7章の構成となる。以下、簡単に概略を示していく。

「第1章 医療生協の事業と運動～医療生協研究・医療生協論の再整理から」では、購買生協における生協論の知見を整理しながら、医療生協の組織的特徴について、①篠崎次男の医療生協論、②日野秀逸の医療生協論、③篠崎・日野の医療生協論の発展形について検討する。これらから、医療生協の組織的特徴の第4として「医療生協は組合員の共同生産としてのサービスを提供する組織」を見出す。共同の営み・共同生産としての医療・介護サービスは、医療・介護サービスを「単なる商品」とすることを否定が、それには提供者、利用者との協同作業による信頼づくりがあることを指摘する。さらに、医療生協を構成する「組合員」、「事業（サービス）」、「運動」をそれぞれ検討し、職員組合員としての医療介護従事者が人権の担い手とともに、生協運動の担い手という特異な位置づけ、事業で

は商品ではない「共同の営み・共同生産サービス」のあり方、医療生協運動への視座を概観する。

「第2章 医療生協の事業と運動の具体的実践からのアプローチ～尼崎医療生協を例として」では、尼崎医療生活協同組合の歴史を概観する。ナニワ病院開設にかかわる民主医療運動の出発点から尼崎医療生協運動史を概観するにあたり、①民主医療運動前史期、②民主医療運動期、③医療生協運動期に区分して運動の特徴を検討する。①では、戦後の荒廃した中での労働者のための診療所づくりへ、レッドパージの当事者や中国帰国組が大きな力となって、民主的な医療運動を形成し、日雇労働者への保険条例はじめ、運動によって制度化を勝ち取った民医連運動としての医生協の確立期であり、②では、三法人合併とセンター病院建設と長期計画づくりが進んだ時期、③は、民医連運動としての医生協から「医療生協運動」としての変化を意識して確立させて、医療生協の事業と運動の方向を決定づけた時期である。民主的医療運動がいかにして医療生協運動として再定義し直されたのか検討する。

「第3章 医療生協の事業と運動の先見性とその限界」では、大衆所有としての位置を明確化する生協法人格による医療事業の運営について、1980年代に論争となった徳洲会による医療生協づくりの事例から検討する。運動の先見性として、健康の自己主権・健康権確立運動としての医療生協の事業と運動を見出しながら、運動の限界として、運動の乖離である医療・介護サービスの商品化へ対峙とともに、自己規制としての医療生協の「事業と活動」批判を展開する。

「第4章 医療生協による人権保障の実践～低所得者医療保障としての無料低額診療事業から」では、医療生協による低所得者への医療保障実践について、「医療生協の無料低額診療事業」実践を中心に検討していく。低所得者への医療をめぐる、貧困は罪であるとするマルサス的な惰眠観が支配的な戦前において、低所得者への医療は、慈恵医療として位置づけられ、また軍事援護のように戦争動員としての役割も果たした。戦後、慈恵医療の系譜を残しつつ、社会福祉事業法において無料低額診療事業が済生会によって低所得者への医療保障実践として継続されていくが、これは、いわば「制度としての思いやり医療」であった。「思いやり」が人権を後景に退く状況は医療保障をめぐるも見出せるのである。無料低額診療事業が、人権としての社会保障として運動の文脈において見出せるようになるのは、「医療生協による無料低額診療事業」実践の出現を待ってからである。医療生協運動という人権運動体が無料低額診療事業を実践することで「制度としての思いやり医療」

は「人権としての医療保障実践」へ転換されていくことを、医療生協の組織的特徴や歴史の変遷から検証していく。

「第5章 地域共生社会を「人権・協同・共同化」をもとにつくりかえるために～対抗軸としての医療生協の事業と運動」では、人権と社会保障を再整理するために、性的マイノリティと生活保護利用者の人権への視座を比較検討から、人権の内実のつくりかえがされており、社会保障も同様に新自由主義的合理性によってつくりかえられていることを示していく。人権と社会保障のつくりかえに対峙するために、市民社会論の知見から人権と社会保障の論点整理を行って、社会権の再構築をめざした運動の可能性としての医療生協運動の接合を検討する。

さらに、それらを踏まえて、国策である地域共生社会の本質とねらいの検討を行う。地域包括ケアシステムを包含する地域共生社会は、我が事として国民が総出で取り組むべきものとされている。「我が事丸ごと」「一億総活躍」「地域共生」という言葉とは裏腹に、現実社会では、新自由主義が席卷して格差と貧困が拡大している。なぜ、美辞麗句が謳われ、格差と貧困を覆い隠されるのか。「論点をずらし道徳的良心を人身に訴える」という手法は、戦前の隣保相扶の思想、日本の社会連帯思想に通じる、道徳的な形で国家からの要請があるのではないか。ここでは、地域共生社会について、①日本の社会連帯の教訓、②地域福祉成立要件を確認した上で、地域共生社会をつらぬくものとしての「道徳」を、中学校高等学校学習指導要領解説から検討する。地域共生社会を形づくるものは、国が定める「道徳」「公共」であり、道徳教育やそれらの教科教育も実際には戦前の修身との連関が見出せ、「思いやり地域共生社会」が内実であり「人権としての社会保障・社会福祉」が地域共生社会には欠如していることを示していく。

地域共生社会の内実は「道徳・日本の社会連帯・市場化」である。こうした「思いやり地域共生社会」への対抗として、「人権・協同・共同化」をあげ、地域共生社会の再定義にむけた医療生協運動の方向性を検討していく。「道徳・日本の社会連帯・市場化」が内実である「思いやり地域共生社会」への対抗軸づくり、今日の社会保障の目指すべき方向と、運動の基軸を確認する。地域共生社会の再構築の端緒を、地域住民の協同による人権運動によって回復を目指すのが医療生協運動であることを示す。

終章では、序章で示した3つの問題意識への回答とともに、本研究から見出せた視点、つまり①「医療生協の事業と運動」の基本的性格を明確化したこと、②新自由主義的合理性を内面化した「医療生協の事業と活動」という現状への問題提起、③学校教育における

道徳教育、道徳科や公民科（公共）と地域共生社会との接合や連続性を見出したこと、④新自由主義への対抗軸として運動論の提起：医療・介護サービスの「共同の営み・共同生産」の視座から、の4つの視点を提示して、「思いやり地域共生社会」への対抗軸としての「人権・協同・共同化」の要素を持つ医療生協の事業と運動の有効性を位置づける。

本論文は、医療生協の事業と運動が、今日の地域共生社会、つまり日本の社会連帯という戦前の系譜に連なる道徳的实践に対して声を大にして異を唱え、「思いやり」「支えあい」「助け合い」という美辞麗句に惑わされない本質を突いた人権運動としての位置づけを再整理し、新自由主義による市場化による商品としての医療・介護サービスのあり方を否定し、人びとの協同をもとにして、医療・介護サービスの共同化をめざすものである。これまでの医療生協論を再整理しながら、地域共生社会への対峙に向けて、医療生協の事業と運動は大きな役割を果たすことを期待するものである。

第1章 医療生協の事業と運動：医療生協論の再整理から

本章では、医療生協の事業と運動を検討する前に、生協、主に購買生協（消費生協）等を念頭に置いた生協研究の知見を概観する。医療生協の事業と運動を検討するにあたって、これまでの医療生協に関する先行研究等のレビューを行い、医療生協研究における知見等进行分析していく。そこから見出せる知見を踏まえて理論検討を行い、新たな知見の提起とともに理論的研究への厚みを持たせるべく医療生協論を再整理する。

第1節 生協の位置づけ、生協運動の知見・先行研究の俯瞰から

医療生協の前段として、協同組合運動・生協運動について簡単に先行研究を俯瞰しておく。生協に関する研究は、戦前の産業組合との接続に関する検討をはじめ、協同組合・生協の事業と運動をどのように見るのかなどの理論的蓄積がある。ここでは、まず、1) 生協論の検討、2) 生協の特徴：「日本型生協モデル」と発達要因の検討、3) 厚生行政における生協の位置づけの検討、これらの3つから生協に関する知見を整理する。

1) 生協論の検討

生協論の知見について若干概観しておく。日本における協同組合の進展について、近藤康男（1962）は、「最初から官僚的指導を受けて発達し、本来の意味におけるデモクラシーなしでの協同組合として成長した」というように、明治時代の産業組合法による協同組合づくりは、旧来から農村に自然発生的な協同組合としての頼母子や無尽などがあったのだが、これらへの「官僚の批判」であり、「日本資本主義が産業資本の段階に達した結果」であった。さらに、産業組合法制定は当時の労働運動を押さえるべく制定となった治安警察法と対をなしており、一方で労働運動を押さえながらも、他方で「労働者や農民の経済支持のための消費組合の途を開いた」という¹。協同組合の思想は確かに輸入されてはいたものの、「絶対主義天皇制の思想や制度に吸収、消化され、決してそれを乗り越えて自立し、独自の運動として影響し、発展することはできなかった」²のであった。今で言うなら、エリート企業の共済会的な位置としての協同組合が主流であった。

大正デモクラシー、第一次世界大戦、ロシア革命などの世界情勢や国内情勢が劇的に変動する中で、特にロシア革命と米騒動を契機にして、エリート企業の共済会的な消費組合

¹ 近藤康男（1962）『新版協同組合の理論』御茶の水書房、95

² 山本秋（1982）『日本生活協同組合運動史』日本評論社、81

ではなく、労働者消費組合としての消費組合運動が進む。その中には、賀川豊彦による消費組合などもあった。ここに至って、今日思い描く協同組合のイメージが当てはまる。つまり、地域住民や労働者たちの生活に関わる相互扶助的なイメージとしての協同組合である。1930年代以降、生協運動も戦時体制に組み込まれ、消費組合も解散に追い込まれてしまうものもあったが、戦後、多くの生協活動家たちが各地で生協づくりに奔走し紆余曲折しながら、今日に至っている。

さて、こうした生協運動に関する理論は、どのように検討されてきたのか。生協が今日考える「相互の助け合いにより自発的に組織する非営利団体」³という側面だけではなく、歴史的に資本主義との連関で生まれていることに注意が必要になる。資本主義との対峙において、どんな生協の組織論や運動論が出されてきたのだろうか。歴史学の視点から、及川英二郎（2011）は、資本主義社会における部品化への対抗として生協運動を見出しているし、真田是（2001）は、非営利協同の事業活動と運動について「運動は特徴を表現する手段だが、基本視点からすると、事業活動が非営利・協同の営みの手段である」⁴として非営利協同の事業活動を見出している。

田中秀樹（1982）は、協同組合研究の主流として商業資本論をベースとした経済的機能分析が中心であり、生協の組織論や運動論が十分に位置づいていないとし、生協論の系譜を考察する場合に、経済学をベースに限っても多彩であること、それらの分野での生協論は資本主義の発展を背景として生協の歴史的展開過程と密接な関連をもって展開していることに留意することを提起する。

戸木田嘉久（1978）は、「戦前・戦後を通じて協同組合論の枢軸を占めている」という近藤康男による「近藤理論」について、①資本主義にける協同組合の機能は流通過程の合理化「商業利潤の節約・排除」にある、②産業資本は商業利潤の低下に対して利潤を感じる所以そこに協同組合の存立を許す根拠がある、③協同組合は商業利潤を節約・排除するにとどまる限界がある、との3点に要約する。戦前の「地主的基盤の上に立った産業組合が大資本を背後にし、働く農民をくいものにしていた」状況を鑑みて見出された近藤理論に

³ 厚生労働省は、ホームページで「消費生活協同組合（生協）とは、消費生活協同組合法（昭和23年法律第200号）に基づいて設立された法人で、同じ地域（都道府県内に限ります。）に住む方々、または同じ職場に勤務する方々が、生活の安定と生活文化の向上を図るため、相互の助け合いにより自発的に組織する非営利団体です」と定義する。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikyoku/index.htm

1 2021年5月4日閲覧

⁴ 真田是（2001）「非営利・協同と社会福祉」総合社会福祉研究所編『総合社会福祉研究』第18号、6

ついて、「協同組合運動は、商業利潤を運動によって節約・排除するにとどまるという限界は持つにせよ、労働者・農民その他の解放運動の一翼として一般的にそれ自体として進歩的なものである」とする一方で、商業利潤の節約・排除論の根拠に資本の方が協同組合を許容するとの結論は、社会政策論における大河内理論を模したものと指摘する。さらに伊藤勇夫の論考から近藤理論について、「資本主義的蓄積に固有な貧困化問題を提起し、そこに協同組合運動の発展の出発点・基礎を求めるべき」との主張を、「協同組合へは貧困化への対応形態としてうまれるが、それは、またもや資本の商業利潤排除要求に合致するがゆえに存立が許容される」とし、近藤理論や伊藤理論等における「協同組合介在の合法則性」の根拠に対して、主体となるべき積極的な問題提起につながらない点を問題視する。確かに、戸木田嘉久のいうように、近藤理論は協同組合の運動を志向する点では消極的な位置となる。解放運動の一翼とはいうものの、やはり協同組合の主体が明確には見出せないし、協同組合の位置として資本主義との妥協の域を超えるのは難しい印象を持たざるを得ない。

では、協同組合運動の「原動力」である合法則性を何に求めるのか。戸木田嘉久は、資本主義のもとにおける協同組合「介在の合法則性」ではなく、協同組合運動の発展と合法則性が問われなければならないとし、労働運動にそれを見出していく。「労働運動の歴史にてらしてみれば、労働者の団結は当初は共済組合や協同組合が先行し、労働運動がすすみ、労働者階級の党がうまれたという過程をとっている」とし、労働運動が協同組合運動の発展の土壌となっているという。そして、労働運動、労働組合との違いを「協同組合は生活防衛を目的とした労働者の団結の一形態であるが、労働組合が労働者を基礎としての要求を闘争によって獲得する組織出るのにたいして、相互の共同出資による集团的所有を基礎とした企業形態をとる点でことなる」とする。

戸木田嘉久は、これまでの近藤理論や伊藤理論を批判・補強して、資本主義のもとでの商業利潤の節約や排除といった枠組みから、勤労者の貧困化をベースとして生活を守る視座を、協同組合の主体を積極的に見出している⁵。

生協運動を第一義に商業利潤の節約などの副次的な効果で語るのではなく、資本主義への対決・対応として積極的に位置づけるのが山本秋である。

山本秋（1971、1982）は、戦前・戦後と接続する生協運動での豊かな経験を踏まえ、生協運動、消費者運動に関する理論をまとめている。山本秋は、生協を「労働者階級を主体

⁵ 戸木田嘉久（1978）「経済的民主主義と協同組合運動」坂寄俊雄編『生活協同組合と現代社会』法律文化社、3-37

にする組合員組織と資本形態をとる経営組織の二重構造である」⁶と規定する。そこで「近代的な消費者運動が独占段階、国家独占資本主義の段階において発生したものであり、独占資本との対決を任務としている」⁷といい、生協は、「労働者階級である組合員組織を第一の要素とし、資本として労働者階級との対立する組合所有＝組合経営を第二の要素とする二重構造である」⁸というのである。山本秋は、戦前、戦後と生協運動の実践家であり理論家でもあったが、生協の二重構造について「非資本家消費者組織としての組合員組織と資本経営の一亜種としての生協経営と結合としてでなければ成立しない生協の矛盾」⁹として捉える。

さらに、生協法策定過程にかかわりを持った山本秋は、「過去における日本の協同組合運動が警察的弾圧と経済的法規による抑圧と組織の自由を奪われてきた歴史、とくに産業組合法で行政に与えられていた認可権、解散権の濫用の歴史を顧みて、将来の運動において再びこのような事実をひきおこさないための保障を憲法による基本的人権に基づく組織権によって確立しようとするものであった」¹⁰として、生協法の日協原案第1条「国民は憲法第二十五条にも基づき健康で文化的な生活を営む権利を行うため、自由な意志と協同の精神により生活協同組合を組織することができる」が、「この法律は国民の自発的な生活協同組織の発達を図り、もって国民生活の向上を期することを目的とする」に置き換えられたと回顧している¹¹。このように生協運動の自主自立の位置とともに、資本主義に対決する位置を提起する。

山本秋は、大著『日本生活協同組合運動史』を上梓したが、そこでは、自身の半生を振り返りながら、生協運動の性格や特徴について「運動」の立ち位置を鮮明にしている。資本主義社会における対決を鮮明に出しながら、「資本経営の一亜種」としての事業を通じて運動を組み立て時々の社会情勢と対峙していく姿勢である。

川口清史（1986）は、生協における運動論について、これまでの知見から2つの捉え方を見出している。つまり、事業と運動の二元論的に捉える方法と、運動の側により本質的位置を与える捉え方である。例えば、近藤理論や山本秋のいう生協論は、前者であるが、

⁶ 山本秋（1971）『消費者運動と生協運動』生活問題研究所、149

⁷ 近藤文男（1978）「消費者と生活協同組合運動」『生活協同組合と現代社会』法律文化社、171

⁸ 山本秋（1971）『消費者運動と生協運動』生活問題研究所、149

⁹ 山本秋（1982）『日本生活協同組合運動史』日本評論社、731

¹⁰ 山本秋（1982）前掲書、683-684

¹¹ 山本秋（1982）前掲書、684

近藤理論における主体性の問題を指摘した戸木田嘉久は後者となる。しかしながら、生協の事業と運動というとき、「量的にその圧倒的部分が事業活動であることは明らか」¹²である。したがって、「事業活動そのものが運動的に展開される場所」¹³に生協の事業と運動を見ることができる。別の視点から考えれば、「事業活動を伴う限り、レーニンが述べているように「ブルジョア的な株式会社に退化する傾向がある」という弱点がある」¹⁴とも言える。

生協の事業は、「組織された消費としての組合員の生活に根差して要求を事業化」¹⁵しているものである。消費者運動体としての生協の特性としては、「参加していく中で消費者としての自覚を高めていく組織」¹⁶が見出せるという。

これらの生協論の知見からわかることは、生協は、単に利潤を追求する商業資本の事業体ではなく、構成員たる組合員が経営に参画して事業活動を行い、その事業体が資本主義によって晒される自らの生活を守り育む活動を運動として行うことを前面に出した組織体であることである。生協論は、主に購買生協を視野に入れた生協運動論としての意味合いが強いが、今日の購買生協を捉える上でも、運動をどう捉えて展開すべきなのか、先人たちの知見から学ぶことは多いはずである。生協は、単なる事業体でもなければ運動体でもなく、両者をバランスよく位置づける組織ということがいえるだろう。

2) 生協の特徴：「日本型生協モデル」と発達要因の検討

相馬健次（2002）は、生協の第1高揚期を戦後直後から1948年までの間の雨後の筍のような生協設立と破綻であったと見出し、1948年に生協法が成立し、1951年には日本生活協同組合連合会が創立され、生協運動は中断を免れたとしている。第2の高揚期は、1950年代前後から始まった労働者福祉運動の創設と発展によって形成されたことが特徴であるという。この時代に医療生協や労働者共済生協などの新しい分野での発展もあったが、1950年代末から1960年代前半にかけて経営不振の生協が続出して一定の停滞期となる。第3の高揚期は、1960年代半ばから1980年代にかけて組合員数が著しく増加し、主婦組合員を

¹² 川口清史（1986）「生協と社会運動」『転換期の生活協同組合』大月書店、286-287

¹³ 川口清史（1986）前掲書、287

¹⁴ 近藤文男（1978）「消費者運動と生活協同組合運動」坂寄俊雄編『生活協同組合と現代社会』法律文化社、179

¹⁵ 川口清史（1986）前掲書、293

¹⁶ 川口清史（1986）前掲書、293

運動の主体とする市民生協と呼ばれるものも増えるなど、爆発的に生協運動が高揚した時期とする。

では、こうした生協運動はどのように戦後日本において展開し、日本の生協の特徴はどんなものか。1970～80年代の日本の生協は、「日本型生協モデル」として経営不振が続く海外の生協からも評価を受けてきた。ここでは、日本型生協モデルと日本の生協の発達要因を先行研究から概観しておく。

岡本好廣（1992）は、日本型生協モデルとしての3つの特徴をあげている。つまり、①組合員が班を通じて事業活動や運営に参加している、②共同購入システムがある、③雇用契約を超えた役職員の生協運動参加という経営組織体質を形成している、である。

さらにこれらの3要素を見出す因子について、ア)「班という組合員組織」と「共同購入という供給形態」の結合による「組合員中心の運営」、イ)「主婦を中心とする生協の組織」、ウ)大学生協で活躍してきた人材が「各地で核になる生協をつくるために意識的に参加し集中的に努力した」¹⁷ことをあげ、日本の市民型地域生協は、日本的な「組合員組織」「事業形態」「人材」が集合的に重なり合った基盤の上で展開されたという。

戦後、鶴岡生協、横浜生協等が班組織を推進し、日本生協連は、1964年に班づくりを方針として位置づけたが、班という組織づくりと共同購入という形態の導入について、山本秋はその起源を、1920年代末の消費組合における実践からであることを指摘している¹⁸。

日本における協同組合運動の発達要因を、田中秀樹（2000）は、3つの点をあげて説明する。つまり「日本の市民型生協運動は、消費社会化段階の「消費者の生協」とであると特徴づけることができる」¹⁹という。その上で、消費者の協同の成立にかかわる3つの点として、①消費者という主体の普遍的成立、消費者問題の激化という協同運動の契機が存在、②消費者の協同が専業主婦を担い手とする「地域生活の協同運動」の一環として展開した、③消費者運動が消費者協同による「対抗流通批判の組織化と対抗商品文化形成」という共同購入事業として発展した、をあげる。「消費者の協同」の歴史的な性格として、「消費者の協同」は商品交換の末端の担い手としての消費者の「商品を求める協同」、つまり「共同性なき利害の同一性」が出発点となっている。「商品を求める協同」は、「商品を介した協同」を実践的に含みつつ展開したもので、消費者の協同は、単なる「「商品を求める協同」へ後

¹⁷ 岡本好廣（1992）「日本型生協モデル」『協同組合の新世紀』コープ出版、10

¹⁸ 山本秋（1982）前掲書、386-390

¹⁹ 田中秀樹（2000）「現代消費社会と新しい協同運動」中川雄一郎編『生協は21世紀に生き残れるのか』大月書店、107

退する傾向を持つ」²⁰といい、「80年代以降の生協運動は、事業と運動の分離が進み、事業の販売システム化と組合員の顧客化・消費者化が進んできた」²¹と指摘する。

これは生協の事業と運動を考えていくうえで示唆に富む。傍から見れば、生協の店舗も一般のスーパーの店舗も変わらない。流通小売業の視座でいえば、マーケティング調査から得られた顧客ターゲットに特化した事業戦略になるが、生協の事業と運動の視座ではどうなるか。生協は暮らしを、事業を通じて運動としても支えるものである。地域の暮らしをどう事業を通じて支えるのかという視座を再認識することが、運動の立ち位置から強く求められる。しかし、2000年代初頭、生協陣営では、経営危機に際して、経営に特化した方向に向けて「構造改革」を打ち出し、他の流通業との比較や、流通業での実践をそのまま生協に導入しようと調査や論考が出された²²。確かに、事業がつまずけば倒産危機となる。これらの論考にはマーケティングの視点はあっても、組合員の視点はない。経営回復に向けて顧客化・消費者化した店舗運営に見出そうとした点は振り返って考えるべき問題である。流通業は、例えば、流通の革命児といわれ、全国に大きな店舗を構え反映したダイエーは、今日見る影なくイオングループに吸収された。流通小売業と生協との違いは何か、今一度しっかり押さえておく必要がある。生協は、地域の組合員の生活を支えるニーズに応える事業とともに組合員を支える運動をすすめているからこそ存立できる。

生協の社会運動としての側面について、川口清史（1986）は、「共通している特徴は、理念やイデオロギーから出発したものではなく、組合員である主婦、母親としての素朴な願い、要求が運動化されたものである」²³という。生協は、独占資本への対応として消費の組織化を目指して、自ら事業体でありながら、組合員の要求に基づいた運動の側面を持つ組織体である。昨今、生協の事業活動を通じて地域とのつながりを重視し、組合員の共益の組織ではなく、広く公共に資する公益性を持つ活動にも重心が移っている。運動体としての側面では、特定政治組織ではなく、例えば、子どもたちに安心安全の食品を食べさせたい、子どもたちに戦争のない平和な社会で育ってほしいというように、母親運動的な主張で「ピリミティブ」なものが出発点となる運動であるという。これは岡本好廣が示した日本型生協モデルである「主婦を中心とする生協組織」からも見出せる。

²⁰ 田中秀樹（2000）前掲書、110

²¹ 田中秀樹（2000）前掲書、110

²² 生協の「構造改革」への疑義と、その背景にあるものを指摘する。第3章、第5章を参照のこと

²³ 川口清史（1986）「生協と社会運動」川口清史ほか編『転換期の生活協同組合』大月書店、287

3) 厚生行政における生協の位置づけの検討

生協法に基づいて事業運営を行う生協は、所轄が厚生労働省となっている。厚生省・厚生労働省は、生協をどのように位置づけてきたのか。ここでは、『消費生活協同組合法逐条解説』（1947）から、生協が求められる役割や機能を検討し、厚生白書の記述から生協に期待された役割等を確認しておく。

①長倉司郎（1947）『消費生活協同組合法逐条解説』

生協は、戦前の産業組合を引き継ぐ形で戦後に生協法として位置づけられた。生協を再興する動きは戦後直後からあり、1945 年 11 月には「日本協同組合同盟」の前身となる組織として、賀川豊彦や山本秋²⁴らの統一懇談会を設けている。ここでは、長倉司郎（1947）による『消費生活協同組合逐条解説』を概観しておこう。この逐条解説が戦後の民主的な協同組織である生協法人を各地に芽吹かせたとも言えるものである。長倉司郎は、日本協同組合同盟に関わって生協法制定にもかかわった。終戦後の生協づくりに向けて、どのような気持ちで消費組合から生協への流れを捉えていたのかが理解できる。

長倉司郎は、生協を「一見過去における消費組合運動の復活とも考えら得よう。然し、単なる復活は、果たして現代の要求する新しい組織となる力を有し得ようか」²⁵として、消費組合の延長上のものではなく、「終戦後の国民生活の危機打開と文化国家の建設を目指して、民主主義思想を基調とせる生活確保の自衛運動」²⁶として捉えた。生協法制定について、「産業組合法を民主化し、新しい単行法の制定が要請されるに至ったことは、蓋し当然の趨勢であった」²⁷という。「消費生活協同組合は、一般消費者、主として都市生活者の立場から日常生活を協同化しようとするもの」²⁸であり、「生活文化の理想を融合し、物と心を通じて、経済的利益と相愛の文化との融合せる、広く万番に渉る生活協同の理想を包蔵するものである」²⁹と定義する。

逐条解説で注目しておくべきは、第一条についての解説である。

²⁴ 山本秋は、生協法制定のプロセスに関わってきたが、自書に当時を振り返って、産業組合法での教訓が活かされていない、もともとの試案が骨抜きにされたなどを回顧している。山本秋（1982）前掲書を参照のこと。

²⁵ 長倉司郎（1947）『消費生活協同組合法逐条解説』日本協同組合同盟、1

²⁶ 長倉司郎（1947）前掲書、3

²⁷ 長倉司郎（1947）前掲書、5

²⁸ 長倉司郎（1947）前掲書、5

²⁹ 長倉司郎（1947）前掲書、2

「第一条：この法律は、国民の自発的な生活協同組合の発展を図り、もって国民生活の安定と生活文化の向上を期することを目的とする」

まず、総説として生協とは、「即ち、協同互助の精神に基づく、国民の自発的な生活協同組合組織の発達を図り、その民主的組織と運営により、国民生活の安定と生活文化の向上に期することを目的とするものである」³⁰とする。

2 つ目に「国民の自発的組織」を解釈する。つまり「完全に各々の自由のための民主的協同であり、何等の強制なき連帯であって、強制的舊町内会部落とは異なり、国民生活の必要充足のための自由な任意組織であり、協同の目的をもってする友愛的結合である」³¹とする。「強制なき連帯」という文言は、戦前戦中の強制的な連帯の強固なさまへの反省、教訓であろう。

3 つ目に「生活協同組合の概念」を示す。「経済、文化の両面を包括した日常生活万般に渉る協同ということが理想」であり、「消費生活協同組合の原理は、物と心、自由と協同、経済と道徳の融合調和した複雑なる内容の統一せられたものである」³²という。

ここでの「物と心、自由と協同、経済と道徳」と相対するものは何を意味するのか。相対的な事象の融合は、唯一無二の価値観ではないことを意味しているように感じられる。それは、長倉司郎が「私は、消費生活協同組合とは、一定の地域または職域による人と人との自由な結合であって、協同互助の精神に基づき、組合員の生活の文化的経済的改善向上を図り、もってあまねく公共の福祉に貢献するを目的とする非営利的法人であると解したい」³³と示すからである。「強制なき連帯」としての「人と人との自由な結合」に必要なことは、相対的な事象の融合への理解、つまり民主的協同があって成り立つのである。

4 つ目に「国民生活の安定と生活文化の向上」を示す。「消費生活協同組合は、一方において国民経済における流通秩序の確立に資すると共に、個人の消費経済を合理化して民生の安定を図り、他方において各種の共同施設を設けると共に常に共同的な生活を行うことによって、国民の教養を高め、日常生活の文化的向上を図ることを目的としているものである」³⁴という。ここには、生協によって生活者が文化的生活を営む消費者としての位置を確保しうることが読み取れる。さらに「その（＊消費生活協同組合の：筆者による注）組

³⁰ 長倉司郎（1947）前掲書、8

³¹ 長倉司郎（1947）前掲書、9

³² 長倉司郎（1947）前掲書、10

³³ 長倉司郎（1947）前掲書、10

³⁴ 長倉司郎（1947）前掲書、10

織と運営の宜しきを得るならば、消費生活協同組合は、国民生活の安定向上に資するところ少なからぬものがあるばかりでなく、又我が国の民主化においても多大の貢献をなすものである」³⁵と指摘し、生協の組織と運営がうまく進むことで生活向上だけではなく、結果として民主化を促し、社会に対しても大きな貢献となるのである。つまり、生協の民主的組織運営が、社会の民主化につながるというわけである。長倉司郎は、このように消費者になれない生活者に向けて、民主的協同による自発的組織づくりを促したのである。

当時の政府も生協が低所得階層への防貧施策に合致することから「民主主義思想を基調とせる生活確保の自衛運動」を支援した。「二十三年一月片山首相は、その施政方針演説において「地域職域の生活協同組合を育成し」と述べて、生活協同組合の育成の意図を明らかに」³⁶している。生協法施行は1948年10月であったが、10月は生協を育成するための月間として国が位置づけてきたのである³⁷。

②厚生白書における「生協」の位置づけの変遷

生協を積極的に育成するとして、厚生省は、生協を生活経済分野での民主化の旗手として位置づけた。ここでは、厚生白書における生協の位置づけの変遷を簡単にたどっておく。

厚生白書は、1956（昭和31）年に初めて発行され、以後毎年その年の厚生行政の年次報告である。厚生労働省となって以降、厚生行政と労働行政とが合体した年次報告となっている。なお、1967（昭和42）年と1994（平成2）年は発行されていない。

厚生白書において生協は、「低所得階層に向けた施策」の一つにあげられている。1956（昭和31）年版厚生白書の該当箇所を見ておこう。

「生活協同組合は、消費者たる国民大衆、とくに勤労大衆の日常生活の合理的改善を図るための自助的救済組織である。組合は、組合員の出資を基礎として経営されており、組合員のために適正な価格で生活物資を供給し、必要な協同施設を設置するほか、共済事業その他の事業を行っている。したがってその組合員および利用者は、おのずから低所得階層によって構成され、これら階層の防貧施策として生活協同組合の果している役割は、大きなものがあるといわねばならない」³⁸

³⁵ 長倉司郎（1947）前掲書、11

³⁶ 長倉司郎（1947）前掲書、3-4

³⁷ 各生協が取り組む「生協強化月間」が10月なのは、生協法施行が10月であり、国は積極的に育成を言及したからである。

³⁸ 厚生省（1956）「第一章 国民の生活はいかに守られているか 第二節 貧困といかに取り組んでいる

1956（昭和 31）年版厚生白書では、生協を逐条解説と同じように「自助的救済組織」として位置づけ、その組合員は「おのずから低所得階層によって構成」されるという。生協を防貧施策として厚生省が位置づけているのが特徴である。1958（昭和 33）年版になると、生協は、「消費生活協同組合」と正式名称で登場し、以後、消費生活協同組合として定着する。また「事業の内容は、(1)消費生活物資の購入、販売、生産、加工などの供給事業、(2)浴場、理容、美容、共同洗たくなど協同施設の利用事業、(3)火災、死亡などに対する共済事業などとなっている」1961（昭和 36）年版³⁹とあるように、生協による事業内容が列挙される中で、医療施設はそこからは見いだせない。医療施設が見出せるのは、1963（昭和 38）年版での「利用事業の種類は理容、美容のほかクリーニング、浴場、食堂、倉庫、医療施設等で、地域組合においては医療施設が、域組合においては食堂がそれぞれ利用高全体の 70%を占めている」⁴⁰にある医療施設が初出である。医療施設が「病院等」として掲載されるようになるのは、1965（昭和 40）年以降である⁴¹。

このように厚生白書において、厚生行政は生協を低所得層への「防貧施策」としての位置づけがその端緒であった。防貧施策としての生協の位置づけは高度経済成長期まで続くが、その後は単調な記述にとどまる。昨今では、地域包括ケアシステムの一翼を担う組織として見出すことができる。

ここでは、生協法逐条解説、厚生白書から厚生行政における生協の位置づけとその変遷を見てきた。厚生行政において生協は低所得者層への防貧施策としての位置づけがあったことは、今日の生協から考えられないことかもしれない。しかし、生協は、「自主的救済組織」としての位置は、今日の新自由主義社会、格差と貧困が広がる社会において今一度注目されるべき組織である。

医療生協の前段として、協同組合運動・生協運動について簡単に先行研究を俯瞰した。ここでは、まず、1) 生協論の検討、2) 生協の特徴の検討、3) 厚生行政の生協の位置づけの検討、これらの 3 つから生協に関する知見を整理してきた。これらの生協論の知見を踏まえながら、本題である医療生協論の検討に次節から入っていこう。

か 二 低所得階層に対する施策 生活協同組合『厚生白書』

https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1956/

³⁹ 厚生省（1961）『厚生白書』 https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1961/

⁴⁰ 厚生省（1963）『厚生白書』 https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1963/

⁴¹ 厚生省（1965）『厚生白書』 https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1965/

第2節 医療生協の組織的特徴について

1) 先行研究から見出せる医療生協の特徴

医療生協とはどんな組織なのか。医療生協は、購買生協と同様に生協法によって組織運営を行う。購買生協と異なるのは医療・介護・福祉サービスなどといったサービス⁴² f である点である。医療生協は、生協法を基にして医療事業や福祉の事業等を行う生協法人である。生協は、互助の組織といわれる。医療生協は、共助の活動として公的社会保険制度を使った医療や介護の事業を担い、支部や班などでの健康チェック等の組合員活動や組合員どうしの助け合いの会などの実践である互助の活動があり、医療事業や福祉事業を行う他法人に比べてとてもユニークな存在である。

さて、生協、生協研究での蓄積に比べ、医療生協に関する研究蓄積はかなり限定的である。例えば、相馬健次（2002）による『生活協同組合運動史』においては、医療生協に関する記述はほとんどない。医療生協も生協の一翼を担う組織ではあるが、食品をはじめとする生活物資を扱う生協と、医療・介護サービスを扱う医療生協では主要な事業の違いから同じ生協という仕組みを使いながらも、立ち位置が異なるとのか。これまでの医療生協研究をレビューし、今日的な検討を加えながら、医療生協の特徴について見ていくことにしよう。

「生活協同組合」について博士論文検索を行うと、わずかに 24 件しかヒットしない⁴³。さらに「医療生協」に限定して検索すると、わずかに 3 件となる⁴⁴。また、生協総合研究所「生協研究資料データベース」において、「医療生協、事業」で 26 件、「医療生協、運動」で 107 件の図書が出てくる⁴⁵。1978 年から 2001 年まで『医療生協運動』誌や、連合会や単協の実践等をまとめた報告書、さらに『生活協同組合研究』等の研究誌に収載された医療生協と事業と運動に関する論考等が多くを占めている。こうして先行研究に関する資料を探すと、医療生協に関する研究は限定的であり、医療生協の現場を中心としての発信等が多いことに気がつく。生協の一分野としての位置となる医療生協研究に関する先行研究は、かなり限定されている。

医療生協に関する先行研究として、医療生協がどのように誕生し、今に至る事業と運動を進めてきているのか、その歴史的研究について、いくつか概観することにする。

⁴² サービスの定義は、序章第1節1)を参照のこと

⁴³ Cini-2021年3月14日検索

⁴⁴ Cini-2021年3月14日検索

⁴⁵ Google 2021年3月14日検索

医療生協の歴史的研究は、日本生活協同組合連合会医療部会（以下、日生協医療部会）が編纂した年史（年誌）が存在し、それぞれの時代における到達点や課題、歴史の変遷がまとめられている。ここでは医療生協がどのような形で出現し、各地域での医療生協活動が進められたのか、医療生協の歴史の変遷に関する論考から考えていくことにする。

①篠崎次男の医療生協論

篠崎次男（1978）は、「医療保障確立と住民運動」において、「医療保障を権利として確立するということは、住民の立場からそれを要求し行動しなければならない」として、「充実した医療保障は住民が医療に主体的に参加してはじめて可能になり」、「医療生協とは、班というしくみを持ち、予防活動を中心にすえる。この立場から医療機関の運営にあたる。つまり、住民自身の自主的な医療運動にほかならない」という。また、「医学がいかに発達しても、それが日常生活に生かされないと無力なもの」で「基本は、住民自体が医学の成果をくらしに生かす努力、主体的に医学をくらしにとり入れる努力により、自らの健康管理を自主的に行うこと」と位置づける。その上で、「医療機関と意思をはじめとした技術者・行政・住民の三者が真に民主的なチームを形成することが必要」で、「医療生協の住民と医療機関の結合と体系的な地域保健活動の展開は、一つの方向をきずくものとして注目されていい運動ではないか」と提起する⁴⁶。

医療は、専門職である医師によるパターナリスティックな関係が一般的であり、患者が医療に対して意見することは難しく、医師にすべてを任せるしかない状況でもあった。篠崎次男（1981）は、医療要求としての住民運動が立ち遅れる理由について、医療要求の特殊性をあげる。医療要求の特殊性への対峙には、「医療運動における専門技術者の位置と役割をきわめて大きく」、「医療専門技術者と一体になってあたねばならない」いう。「一体化とは相互の信頼に基づく協力協同関係の確立」であり、「一体化を可能にするには、要求の持ち主と判定者が一つの組織に身を置くことがもっとも理想的」だという。そして医療生協の特徴を「要求の持ち主と判定者との民主的で信頼しあえる関係を保障する」ものとして見出すのである⁴⁷。

篠崎次男の医療生協への視座は、医療者と地域住民との一体化である。そうした視座はどうやって見出し得たのか。

⁴⁶ 篠崎次男（1978）「医療保障確立と住民運動」『人びとの健康と社会保障』法律文化社、233-238

⁴⁷ 篠崎次男（1981）「医療生協の専門技術者とその運動性」『地域生活と生協運動』法律文化社、191

篠崎次男は、医療生協の草創期である 1950 年代に医療生協である荒川生協において専務理事を歴任し、日生協医療部会事務局長を務めた。1957 年に大学卒業後、荒川区三河島の峡田診療所に入職する。峡田診療所は、消費生協と医療生協の総合生協であった荒川生協の診療所であり、組合員には在日朝鮮人などの労働者が多かったという。この地域は戦前の「昭和の米騒動」である米よこせ運動があった土地で、関東消費組合連盟にかかわった労働者たちも多く、戦後いち早く物資の共同購入などで消費生協づくりにかかわり、生協運動と民主医療運動とが合体して荒川生協ができたという土地柄でもあった。篠崎次男は、峡田診療所で医療事務や組織活動に奔走したが、そこでは老人医療費無料化運動や医療生協の基礎組織としての班づくり、組合員自身による健康の自己チェックなどの健康の自己主権を目指す活動を班活動として位置づけた。こうした経験をもとにして、医療保障と住民運動の論考や医療者と地域住民の一体化としての医療生協運動の視座を提起したのである⁴⁸。

坂寄俊雄（1978）は、「消費生協とともに現段階において重視しなければならないのは、医療生協である」とし、「医療生協が生協運動の新たな課題として問題にされる必要がある」という。それは、篠崎次男が指摘してきたように医療における非対称性の問題や「政府の低医療費政策によって医師が営利的な診療を余儀なくされている」状況から、「自らの主体性、自主性のある健康保持の方向を考えなければならない」ので、「医療生協づくりという一つの方法が求められ」、消費生協は、単に消費物資に関わるものではなく、日常生活を守るための組織体としての生協運動の実践形を医療生協運動に見出している⁴⁹。坂寄俊雄の指摘は、これまでの消費生協が全般であった生協を、日常生活を守る組織体としての生協の具体的実践として医療生協を指摘した点で、生協運動の大きな幅を再認識させる。

西岡幸泰（1985）は、医療生協の特色を、組合員自身の手による保健と予防活動に強調点を置く「自主的集団的保健活動」としての自主的保健活動をあげる。この自主的保健活動は各単協で「保健大学」の名称での学習会を通して保健活動家を養成し、班へ持ち帰って日常的な健康チェックでその知見が活かされ、生活全体に反映された。組合員による地域の保健委員が班や地域で保健活動を自主的に進めていく姿は、「医療の民主化」の象徴と指摘する⁵⁰。

⁴⁸ 東京ほくと医療生協歴史編纂委員会（2016）『東京ほくと医療生協 65 年のあゆみ』龍書房、96-130

⁴⁹ 坂寄俊雄（1978）「現代生活に求められる生協運動」『生活協同組合と現代社会』法律文化社、314-315

⁵⁰ 西岡幸泰（1985）「医療生活協同組合運動の現状と課題」『現代日本医療政策論』労働旬報社、217-

篠崎次男（1998）は、医療生協の出自を体系的に整理した。そこでは『現代日本生活協同組合史』（1964）に見出される4つの系譜について検証し、結論として、「医療生協の4つの「系譜」は訂正されなければならない。医療生協の運動は、生協を医療の民主化の優れた実践の舞台として選択したひとびとが、生協法とロジデール原則を日本の状況に創造的に具体化するための実践を通して豊かな医療運動へと成長させていった戦後日本の新しい医療運動」とまとめている。

篠崎次男が4つの系譜と今日の医療生協運動との接続を検討する中で、特筆すべきなのは、戦前の産業組合法による医療利用組合が戦後の医療生協と接続していないとの指摘である。そもそも日生協の戦後の出発の時点で、医療生協運動に関係するものはなかったこと、医療生協を冠する法人名で医療事業を行う法人があっても、日生協医療部会とは交流がなかったり、脱退して協同組合運動としての要素もないものであったという。さらに医療利用組合が戦後に厚生連や農協病院として「政府・自治体の庇護のもとに病床数の増加を基本とした「発展」をしていく一方で、医療生協は「再三にわたる厚生省の「医療生協規制」を排除するため、地域社会の住民とその要求を組織し、組合員参加の経営活動の実践、地域保健活動の創造や社会保障、自治体運動、高齢期運動などの強化のなかで、地域社会に根を張り生協として着実な発展を遂げ」た、と示すように、医療利用組合が戦後に医療生協運動に接続するものはないという。

篠崎次男は、医療生協運動の出発点を生協法として「事業活動の責任主体を明確」化、「医療の民主化の条件」である「組合員の医療機関運営参加」を保障して「非医師が法人の長となることも事業と組織の防衛に不可欠な要素」とする生協法人格取得に見出す。「無産者診療所を源流とした医療活動では到底生まれることがなかった、その意味では生協がうみだした運動である」と強調する⁵¹。

確かに、無産者診療所は、医療生協運動の出自には当たるだろうが、民主的な医師を中心とする民主的医療運動の発想では、医療施設を「みんなのもの」として担保した医療運動を行うには限界がある。『消費生活協同組合法逐条解説』をバイブルにして、非医師が理事長となりうる医療生協という生協法人であれば、医療者も地域住民もともに対等平等に事業と運動に関わっていけると先人たちは考えて生協法人を設立したのである。また、医療生協の特徴として、組合員の地域保健活動を展開していたこと、設立がはじめてから生協

224

⁵¹ 篠崎次男（1998）「医療生活協同組合の『4つの系譜』をめぐる」日本医療経済学会会報 3-17

法による法人運営であったことをあげている。このように篠崎次男はこれまでの「なんとなくあった」という「4つの系譜」を検証し、医療生協運動の系譜を再整理したのである。

篠崎次男の医療生協論は、自身が医療生協の事業と運動について現場実践を積み上げながら、地域住民と医療運動がどのように民主的に法的に担保されながら組織されうるのか探求してきたものである。篠崎次男の医療生協論の論点は、①住民と医療技術者との一体化、②運動の担い手としての「班活動」、③生協法人設立の意義の整理に集約できる。

②日野秀逸の医療生協論

日本生協連による医療生協の「4つの系譜」論を批判し、篠崎次男（1998）の医療生協論を補強しながら、今日の医療生協論を築いたのが日野秀逸である。日野秀逸（2004）は、「医療生協の「4つの系譜」論批判」を示し、現在の医療生協の系譜を体系的に、さらに理論的到達を詳しく論じる。日野秀逸は、医療生協の歴史の変遷について篠崎が示した論考を補強する形で、医療生協の出自についていくつかの具体的事例を示しながら論証した。

つまり「4つの系譜」論を再検討・訂正して、「①医療生協の1つの理念的伝統、②3つの組織的先駆形態、③1つの出発点、④4つの形成的類型」を主張した。医療生協の理念的伝統とは、「患者（働くもの＝労働者・農民・勤労市民）の立場に立った親切でよい医療を提供する医療機関」という理念、②の先駆形態としてはそれぞれの発足状況等を調査した上で、無産者診療所、医療利用組合、良心的開業医があるが、先駆的形態とみなすための質的条件として、①を担保した理念の実現するために、医療機関の大衆的所有の志向や、大衆的所有こそが理念実現に適していると認めていることとした、③は医療生協の直接的・法的な出発点は1948年10月施行の生協法。②が生協法に立脚した医療生協の運動とした。④は、はじめから生協法人を選択した場合（鳥取医療生協など）、個人開業医からの転換、他法人形態からの転換、総合的生協の一分野から、として、かつての「4つの系譜」がこれらに吸収されるとした⁵²。

医療生協の系譜については、西岡幸泰（1985）も論じている。西岡幸泰は、「4つの系譜」に沿った形で系譜をたどり、賀川豊彦による東京医療利用組合も系譜と位置づける⁵³。篠崎次男が系譜の一つとして理論的見地から否定しているのは既述の通りである。日野秀逸

⁵² 日野秀逸（2004）「医療生協の「4つの系譜」論批判－医療生協の出発点と形成過程類型の提案」日本医療経済学会会報 1-40

⁵³ 西岡幸泰（1986）前掲書、224-237

による医療生協の系譜に関する検討により、歴史的な医療生協の出自や理論的到達が再整理されたのである。

さて、日野秀逸は、『健康と医療の思想』（1986）において、医療生協運動の理論的主柱となる「健康の自己主権論」を提示している。これは、健康の主人公としての住民を積極的に打ち出すもので、篠崎次男らが主張する地域住民と医療技術者との一体化や、医療生協の班活動を体現する概念ともなった。ここでは、日野秀逸の研究の背景を見ておく。

日野秀逸は、「後藤新平の衛生行政論に関する医史学的研究」（医学博士 1988）⁵⁴をまとめた。日野秀逸の博士論文にある「衛生行政」「後藤新平」は、その後の医療生協の事業と運動を捉える上でのキーワードになるものである。日野秀逸は、公衆衛生分野での行政技官としてかかわるが、公衆衛生をどう捉えるかは歴史的に大切な視点である。公衆衛生について、緒方章宏（1981）は、「国民の健康を守るための行政である、医療行政は、講学上、行政作用法的一部分として、消極的な秩序維持行政たる警察行政にかかわる衛生警察的発想で議論されてきた」⁵⁵という。「国民の健康を守る」のが任務であるが、その発想は「秩序維持」であって「国民が健康の主人公」という着眼点はない。さらに、後藤新平は、『職業衛生法』（1888）で「労働者の健康を守る、あるいは貧民のために医療施設をつくる」ことを提唱するも、「支配層の立場から労働者の健康や命を考えた」もので治安対策であったなど、天皇主権の社会体制維持における有能な行政官であった⁵⁶。「衛生行政」「後藤新平」を主権在民の反面教師として見出して、引き続く医療生協論が展開されているのである。

さて、日野秀逸（1974）は、医療経済現象・思想について基本的側面と試論的な整理をして、「我々の方法的基礎は史的唯物論であり」、「医療経済現象・思想の構造と、その史的展開とを、人間の経済生活を動かす原動力の認識と関連させん、統一的に把握することを可能にする」と述べ、その上で医療を捉える視点を見出す⁵⁷。例えば、初期資本主義における「医療行為の商品化」は、人間が労働力商品として市場に出現してその相場ができてから、医療行為の社会的相場ができる、などの着目はまさのそうした視点からである⁵⁸。また『医療論序説』（1977）では、医療部会幹部研修会での講演研修ノートが収載されているが、

⁵⁴ 日野秀逸は「後藤新平の衛生行政論に関する医史学的研究」（医学博士・大阪大学、1988）とともに、「マルクス・エンゲルス・レーニンと協同組合－資本主義・社会主義・協同組合－」の学位論文で博士（経済学・東北大学、2010）がある。

⁵⁵ 緒方章宏（1981）「健康権試論」筑波大学医療技術短期大学部研究報告 No. 2、5

⁵⁶ 日野秀逸（1986）『健康と医療の思想』労働旬報社、71-79

⁵⁷ 日野秀逸（1974）『医療経済思想の展開』医療図書出版社、31

⁵⁸ 日野秀逸（1977）『医療論序説』医療図書出版社、110-125

医療生協の5つの特徴の第1に「健康人を中心とする医療運動である」をあげて、さらに「医療機関の所有者が一般人であり医療を必要とするものが主人公で」、「医療生協は医療を必要とする人々の集まり」と表現する。医師のパターナリスティックな状況が当然であった当時において特異な立ち位置であることを強調している。

さらに日野秀逸（1979）は、医療生協が行う「医療活動」を分析するために、経済学の専門家による「医療サービスの社会経済的特徴づけ」を整理した。専門家たちの分析には「医療サービスの特徴づけ」として捉え、「医療要求の特徴づけ」としての位置づけがないことを整理した上で、「医療要求の特徴について、6つの特徴をあげた。そうした医療要求へ対応する「医療サービスの社会的特徴」として、①連続的対人サービス、②地域固定性、③公的保障性、④専門家と国民との信頼関係の必然性の4つをあげ、医療サービスの消費は社会的共同消費であると指摘する⁵⁹。

西岡幸泰（1982）は、医療生協の供給するサービスが「医療サービス」という特異性において大きな特徴が見出せるという。①医療サービスそのものの特異性、特に「厳粛性」であること、②医療サービスの供給主体は現実的にも制度的にも制限的であること（医師法や医療法のため）、③員外利用規制が医師法による「応需義務」によって事実上行いがたい（生協でありながら、一般に開放しなければいけない）、④商品の質の良さと価格の低廉さを組合員に訴える購買生協に比べ医療生協は「医療サービス」を訴えるも、その質の社会的客観的評価基準が難しい（医療費は「公定」されているので、組合員か否かでの差別化が難しい）、これらがその理由となるという⁶⁰。

日野秀逸や西岡幸泰の指摘する「医療サービス」は、1980年代の医療サービスと、現代社会の日進月歩の医学の進歩で医療技術は大きく違うはずではあるが、「医療サービス」をめぐる医療要求の特徴や医療サービスの特異性は、現在も状況はかわるものではない。日野秀逸が提示した「自己判定困難性」などはまさに現在も同じ状況である。こうした「医療サービス」をめぐる医療要求の特徴や特異性は、医療生協がめざした組織運営に大きく影響を与えており、それが医療生協の組織的特徴としても強調されるところである。

日生協医療部会、その後の日本医療福祉生活協同組合連合会（以下、医療福祉生協連）では、組織的特徴を自己規定して「医療生協の4つの組織的特徴」をあげている。つまり、①健康な人々が多数を占める医療団体である、②予防・保健・健康づくりとそれを保障す

⁵⁹ 日野秀逸（1979）『医療と社会』日本生協連医療部会、114-119

⁶⁰ 西岡幸泰（1982）「医療生活協同組合の系譜と現状」『専修大学社会科学年報』（16）、231-234

る医療機関を持っている、③住民が医療参加を保障する医療機関を持っている、④組合員が主権者として活動する場としての班を持っている、というものである⁶¹。実際に、この4つの組織的特徴は、当時の医療部会での論議等を通じて定められた自己規定でもある。この概念規定は、日野秀逸による私案として提起されたのがきっかけとなり、その後、医療生協の4つの特徴として整理され、医療生協運動の発展を理念から支えていくものになった。例えば、日野秀逸私案「①健康な人々が多数参加する医療運動である」は、「①健康な人々が多数参加する医療団体である」としてのちに位置づいた。こうした医療生協運動の進展について、西岡幸泰（1982）は、医療生協の特徴について、まずなによりも「医療運動」の側面を認めている。「病院を開設することだけが自己目的ではなくて、それは組合員の生命と健康を守るためのひとつの手段」とし、医療生協運動は、組合員の生命と健康を守る運動としてその存在を見出す。さらに医療生協運動が「医療の民主化」を示し、さらに医療生協は組合員自身の手による保健と予防活動に非常に大きな強調点を置いている「自主的保健活動」をあげる。この自主的保健活動である「班」などでの「組合員の参画」こそが、医療施設によって供給される「医療サービス」とともに医療生協活動の双壁の一つだと指摘する。

医療生協の組織的特徴を検証した日野秀逸（1995）は、歴史的研究を踏まえ、医療生協の組合員のありようを「住民組合員と職員組合員」⁶²という踏み込んだ指摘をしている。日野秀逸（1997）は、さらに世界の生協における日本の医療生協の特徴を、消費者所有保健協同組合と生産者所有保健協同組合の両者を兼ね備えた独自の「日本型消費者供給者共同所有保健生活協同組合」⁶³との把握の必要性を提案したのである。

日野秀逸の医療生協論への着眼点は2つある。1つは住民が主体となる「健康の自己主権」という健康権を一層踏み込んだ形での提起し、医療生協運動の理論的主柱となったこ

⁶¹ 日生協医療部会による第1回医師交流会（1968年2月16日～17日）において、大阪大学衛生学教室の日野秀逸が当時の第一線の医療のあり方の整理と医療生協の概念規定の私案を提起した。日野秀逸は、患者の疾病の社会的背景としての国家独占資本による「経済と政治が一体となった管理機構の構築」とそれにもとづく「労働力の全面的な管理」の状況から、くらしや労働の視点から医療生協が進めるべき方向を示した。日本生活協同組合連合会医療部会編『医療生協の挑戦－医療部会50年のあゆみ』2008年4月、53

⁶² 日野秀逸は、日生協医療部会1994年下期単協代表者会議（1995年2月20日～22日）のシンポジウム「21世紀に向けた医療生協の社会的役割と価値」において、「職員も同じ組合員ではないのですか。むしろ住民組合員・職員組合員がベターだと思っています」と述べ、医療生協の組合員の特徴を端的に表現し定義したのである。

⁶³ 日野秀逸（1997）「医療生協と高齢者－特色ある健康観・医療観と総合的取り組み－」協同組合研究第16巻第4号夏季号、47

と、もう1つは医療生協運動を住民が主人公という立ち位置をもった、いわば「医療専門職と地域住民との協同の運動（アクションリサーチ）」として見出したことである。さらに医療生協を購買生協と差別化し、特に職員組合員の位置づけを明確に示したのは日野秀逸が初出である。

③篠崎次男・日野秀逸の医療生協論の発展形として

篠崎次男、日野秀逸による医療生協論は、今日の医療生協の事業と運動を基礎づけるものである。これらの医療生協論をベースとしてさらに医療生協の組織的特徴から補強したのが、川口啓子（医療生協の出自）、大野博（医療生協の共益性と公益性）また運動論としての医療生協を再整理したのが、浅井純二（医療生協の運動論の再整理）があげられる。

川口啓子（1999）は、発足から生協法人である鳥取医療生協の研究から組織的特徴を検討している⁶⁴。川口啓子（2003）は、医療生協がなぜ生協法人という法人格を取得したのか、1950年代に創設された医療生協を中心にして生協法人選択の調査を行った。生協法人選択理由として、個人的な所有・運営ではなく、大衆所有・運営という基本理念としていたこと、さらに貧しい労働者らが自分たちの診療所を自分たちで作るには、より多くの人々から出資してもらう以外に経営基盤を固める方法はなく、それに適合する開設主体としては生協法人しかなかったことを調査から見出している。

川口啓子（1997）は、医療生協の組織的特徴について、①構成員、②目的、③事業・運動、④意思決定・組織運営の4つから、国連報告、医療生協の自己規定、日野秀逸による研究の再検証を行い、そこから組織的特徴を再検討した。ここから見出したのは、日野秀逸が先に提示した「日本型消費者提供者共同所有保健生活協同組合」に至るプロセスであった。

川口啓子（1999b）は、生協法人としてはじめて医療生協として法人設立をした鳥取医療生協の歴史的変遷の研究を通じて、組織決定を行う際に、渾然とした全組合員一致、利用者意思決定、提供者意思決定、利用者提供者共同意思決定のプロセスを整理した。「医療生協の意思決定」は利用者所有・利用者意思決定だが、職員も組合員と考えれば「利用者提供者共同意思決定でなければならない」ことの発見があつてこそ、共同所有・共同意思決定がなしうることを、その事例等から見出した。「利用者所有保健協同組合を意図して始まったが、潜在的にあった共同所有の実体を、実践を通じて顕在化させ、後に認識を深めな

⁶⁴ 川口啓子（1999a）「医療生協の組織的特徴に関する研究―鳥取医療生協の歴史的考察を通して―」東北大学大学院経済学研究科博士論文

がらよりの確に方針化し、利用者提供者共同所有の実体にふさわしい、利用者提供者共同保健協同組合として成長した」⁶⁵を見出したのである。

これは、共同所有・共同意思決定の基盤を、「ともに組合員である」とする職員組合員が住民組合員への働きかけ、彼らが住民組合員の主体的力量を育んだことが、結果としての共同所有や共同意思決定につながっていないか。川口啓子の指摘は、職員組合員が、あるべき姿である住民組合員との共同所有共同意思決定にむけて、医療生協で果たすべき方向性について示唆的である

職員組合員、言い換えれば、生協職員の役割において、外尾健一(1992)、有田光雄(1995、2000)、戸木田嘉久(1997、2005)などが、生協で働く職員の役割について論じている。

生協労働のあり方を検討していくと、「生協職員」と「医療生協職員組合員」との違いから見出せることは、生協職員が必ずしも組合員であるという前提がないことである。生協職員は、生協との雇用関係が前面に立ち、「生協の職員は、自ら同時に組合員であることが望ましい、すなわち、生協運動に主体的に参加するアクティブな組合員が生協の職員であることが理想的な形態である」⁶⁶と言わしめる状況である。生協職員は、労働者としての「一般的使命」と、生協職員としての運動を担う「専門的使命」があると生協労連が定式化(1981)したものの、2001年以降は、専門的使命を取り下げている。医療生協のように組合員として積極的に職員を位置づけはない。医療生協が、地域住民との医療専門職との一体化を目指したものであるのと比べると、運動としての位置づけはかなり弱い。

利用者提供者共同所有に向けて絶えず住民組合員と職員組合員とが共同の場で論議することが必要で、それも職員組合員による「自己規定」がなければ進まない。川口啓子(1999b)は、さらに共同所有共同意思決定について、「日本の医療生協は住民組合員と職員組合員で構成されており、利用者と提供者の共同が実態として存在する」が、「そのままでは潜在的な特徴に過ぎない」と指摘する。つまり住民は地域に、職員は医療機関に基盤を持った組織形成があつてそれぞれの立ち位置で役割を果たすことで、「住民組合員にも職員組合員にも同様に権利・義務があり、結果的にはそれらがより完全に行使できる組織機構の整備を追求してきたが、意思決定組織運営の歴史的過程そのものである」⁶⁷と示したのである。

⁶⁵ 川口啓子(1999b)「医療生協の組織的特徴に関する考察—『国連調査報告書』及び自己規定の再検討を通して—」研究年報『経済学』(東北大学)、70

⁶⁶ 外尾健一(1992)「生協労働と職員の役割」『協同組合の新世紀』コープ出版、331

⁶⁷ 川口啓子(1999b)「医療生協の組織的特徴に関する考察—『国連調査報告書』及び自己規定の再検討を通して—」研究年報『経済学』(東北大学)、72

川口啓子（2003）は、日本赤十字や済生会などの組織の成り立ちについて医史研究を通じて、「開設主体が持つ理念や組織的特徴は、多かれ少なかれ医療従事者の働き方に影響し、利用者への姿勢にも響きあう」⁶⁸と指摘する。同じ医療を提供する設立主体であっても、設立主体の医療への考え方次第で、提供する医療のあり方も変化してしまう。

日野秀逸のいう職員組合員の内実を検討して提示した川口啓子の医療生協職員組合員の位置づけは、これまでの生協職員としての役割での議論であった生協運動の文脈を踏まえて、さらに医療生協が運動で培ってきた医療専門職としての地域組合員と一体化を志向する運動論的位置づけを鮮明に示し、これまでの生協職員の役割を一步踏み込んだ形となっているとなっている。

大野博は、医療生協の法人専務理事として実際に医療生協の事業と運動のかじ取りを迫られる立場にあって、その時々々の社会情勢との対応を迫られながら、医療生協の事業と運動に関わってきた。大野博が医療生協の事業と運動で着目するのは、生協組織が求める公益性と、医療事業を行うことで公益性を同時に求められる医療生協の矛盾の問題である。

大野博（2010）は、医療生協の組織的特徴について、「医療事業に関する法制度と生協法による法制度とは、理念や規範においても予定が調和されているわけではなく、そこからある種の軋轢が存在することが予想できる」として、医療事業を規定する法制度と、医療生協を成り立たせている法制度との間にある緊張関係を指摘する。「医療事業は、公益性（不特定多数に開かれその利益をはかること）、非営利性（営利を目的とせず剰余金の配分をしてはならないこと）、専門性（定められた資格を有する者しか業務に従事できない）ことに集約できる」が、「組合員のための組織であること、剰余金の組合員への配分が許容されていること、誰でも加入できる組合員による出資、利用、運営が行われるなどの生協の特徴」である公益性とは矛盾してしまう。確かに、国民皆保険体制のもと、医療は公益性が貫かれている。この矛盾を原動力にして、医療事業利用者への組合員加入促進や医療事業利用以外での組合員の参加を促進する地域に根ざした組合員活動、特に自主的保健活動である班活動等を重視してきた。生協法改正に際し、大野博は、「医療生協の組合員のための事業という共益的性格と医療事業の公益的な性格との調和を図ることが、法制度の上でも明確にされ、公益性へのシフトが行われた」という。また「医療生協のいわば大衆的な性格と医療事業の専門性との両立は、両者のバランスの上に成り立ち」、「組合員の主体的

⁶⁸ 川口啓子（2003）「1950年代における医療生協の生協法人選択理由についての調査と考察」『創発』大阪健康福祉短期大学紀要創刊号、42

な力量の強化にとって、実態としての自主的な組合員活動と、仕組みとしての組合員の権限確保の双方が必要である」として主権者としての組合員の地位の検討を提起する⁶⁹。

さらに大野博が注目したのが医療の主人公としての「医療生協の患者の権利章典」(1991)である。他の患者の権利の宣言文書との比較から、「権利の実現をめざす行動主体」が医療生協の感謝の権利章典の大きな特徴であるという。つまり、「権利の担い手が、その保障や発展を他人まかせにせず（患者の権利章典に即して言えば、医療サービス提供者の一方的な義務にせず）、担い手自身の責任で、関係者との協力のもとに実践しようとする考え方に立ち、それを生活協同組合の仕組みを通じて実現しようとする」ところが、ともすれば「医療サービスは、一方通行的な権利義務関係のみ」の医療サービスの内実を大きく転換できる視点を「医療生協の患者の権利章典」から見出す⁷⁰。これは、医療サービスの視座において示唆に富み、単純に患者を消費者とする今日の「医療消費者」としての患者ではない、医療者と患者との共同の営み・共同生産を見出す視座である。

浅井純二は、大規模災害と社会福祉実践について社会事業史を研究しているが、その研究の一つとして伊勢湾台風を契機としたセツルメント活動として医療生協の組織化について検討している。

浅井純二（2010）は、伊勢湾台風被災地における南医療生協の設立過程を資料で追いながら、南医療生協の活動は「先駆性・開拓性・人権性」もつ活動としてセツルメント活動の流れに位置けられることを示した。災害を契機に、セツルメント活動として入った救援活動が、地域の医療要求と合致し、医療生協の組織化に導いた例を示している。浅井純二は、「対象」と「組織者・活動主体」の相互関係を考察し、外からの支援活動によって内発性が発揮され、地域社会の人々のつながりを高めたこと、さらに組織化は医療要求をもつ当事者運動として「地域・組合員」の変容も示した。こうした実践が「医療生協の行っている地域医療が貧困者を排除しない、また医療を疾病予防から取り組む命・健康を大切にする活動と住民に理解された」とし、「医療生協の発展方向を探ると、地域課題の解決方法としての生協活動を考えることができる」と指摘する⁷¹。

篠崎次男（1981）は、南医療生協の医療生協運動の軌跡を追いながら、「医療生協組織は

⁶⁹ 大野博（2010）「生協法改正と医療生協の管理運営の課題」『生活協同組合研究』Vol. 418、27-34

⁷⁰ 大野博（2009）「医療生協の患者の権利章典—その輝きと未来—」『日本生協連医療部会 50 周年記念論文』日生協医療部会、18-37

⁷¹ 浅井純二（2010）「医療生活協同組合組織化の史的考察—伊勢湾台風被災地の名古屋市南区南部の事例から—」『社会福祉学』第 50 巻第 4 号、24-25

医療担当者側のみの努力だけでは発展するものではなく、「生協組織そのものの大衆的民主的運営が、同時に追究されなければならない」と指摘する。確かに、セツルメント活動の流れを組んで地域に青年医師などが入っており、彼ら医師らと協同することなしには、医療生協づくりはできなかったのである。これは篠崎次男のいう「相互の信頼にもとづく協力協同関係の確立」である「一体化」⁷²が、職員組合員の役割として地域住民の主体性に働きかけ、地域住民がともに運動を進めたからこそその結果でもある⁷³。

浅井純二の3つの特徴は、岡本好廣の示した日本型生協モデルに近い形態であることも見出せる。つまり、岡本好廣は①組合員が班を通じて事業活動や運営に参加している、②共同購入システムがある、③雇用契約を超えた役職員の生協運動参加という経営組織体質を形成している、3つが日本型生協モデルと示したが、①③については医療生協の組織的特徴に重なり、②については①③をもとにした医療要求による事業運営と保健活動と見出せよう。岡本好廣のいう「大学生協で活躍してきた人材が各地で核となる生協をつくるために意識的に参加し集中的に努力した」⁷⁴ことは、セツルメント活動とも一致する。生協運動の視点が、実は、医療生協運動以前の生協運動からも確認することができるのである。

2) 医療生協の組織的特徴の再整理

では、ここまで概観してきた先行研究の知見を整理しておく。生協論の検討では、購買生協における生協研究の知見も整理してきた。生協論の蓄積と一部交差する点があるものの、生協論とは異なる形で、医療生協論の特異性も見出せることがわかる。医療生協の事業と運動については、篠崎次男・日野秀逸による日生協運動史の4つの系譜を批判した上で確立した医療生協論が基盤となって医療生協論が組み立てられてきている。医療サービスという特異なサービスを扱う生協という現実から、医療への真摯な患者、さらに地域住民目線からの検討とともに、生協運動のあり方について、医療を事業活動の中核とする医療生協運動へと変化させるための検討もあった。そこからは、医療生協が地域の社会的弱者を包含する医療保障を進めようとしたこと、また、医療生協という組織のあり方につい

⁷² 篠崎次男（1981）「医療生協の専門技術者とその運動性」坂寄俊雄編『地域生活と生協運動』法律文化社、189

⁷³ 篠崎次男（1981）「地域医療と医療生協運動」坂寄俊雄編『地域生活と生協運動』法律文化社、139-156

⁷⁴ 岡本好廣（1992）「『日本型生協モデルの』の形成と発展」生協総合研究所編『協同組合の新世紀』コープ出版、10

て、地域みんなのもの、共同所有などの大衆によって担われるものを志向してきたことを見出せる。生協運動の特質である事業と運動を統一的に進めるとする認識は、ともすれば購買生協では失いがちになる視点であるが、医療生協では、医療サービスという公益性を持つものを扱うがゆえに、生協の公益性以上に公益性への視座を強く持たざるを得ない。医療サービスを平等に受けられるようにという民主医療運動の視点から、医療の特殊性から生み出された篠崎次男のいう「医療者と住民との一体化」による運動組織が医療生協運動の中核となった。「医療者と住民との一体化」を生協運動論の文脈で解題して再整理したのが日野秀逸であった。特に、日野秀逸による職員組合員としての位置づけは、生協労働運動という労働運動からではなく、医療生協論の見地から位置づけられたものであった。

これらから、今日的な特徴を追加して、医療生協の組織的特徴を再整理してみよう。これまでの知見から、A) 医療生協は組合員による共同所有の組織である、B) 医療生協は組合員による共同意思決定の組織である、C) 医療生協は組合員による自治の組織である、が導き出せる。さらにこれらに加えて医療生協の組織的特徴や出自から見出せる理念的概念として、「医療生協は、組合員の共同の営み・共同生産としてのサービスを提供する組織である」を意識的自覚的に見出す必要がある。筆者はあえてこれを4つ目の特徴として位置づける。つまり、D) 医療生協は組合員による「共同の営み」であり「共同生産」サービスを提供する組織である。

ABCの前提として、「組合員とは誰を指すのか」に大きな特徴がある。医療事業の提供者である専門職等の職員と、地域にくらす住民が「ともに組合員」である点である。川口啓子がいうように「住民組合員にも職員組合員にも同様に権利・義務がある」ことと「それらを完全に行使できる組織機構の整備」のできた「利用者提供者共同所有型保健協同組合」と定義できる。日野秀逸のいう「住民組合員と職員組合員」が医療生協を構成する組合員となる。

ABについては、昉昭三(1992)の指摘する「共同の営み」⁷⁵であり、さらにペストフ(2000)のいう「共同生産」の概念が、医療生協の共同所有や共同意思決定に重なる。昉昭三は医療を医療者と患者との「共同の営み」と定義したが、一方的な権利義務行使ではない共同によって得られるものとして昉昭三は医療行為を再定義した。ペストフは、社会サービス

⁷⁵ 昉昭三(1992)は、「医療行為は基本的に患者と医療従事者の共同の労働＝営為＝営み」(p195)という、医師らが一方的に患者に働きかける行為ではない、医療者と患者との「共同の営み」を提唱した。この概念はペストフに先行して提唱されたものである。

における、消費者と生産者による共同生産の重要性を説き、そのためには消費者の能力向上と権限の確保を区別しつつ、その両方の実現が必要であるとしている。ペストフは、特に医療生協における班活動について共同生産者としての意義を見出し、共同生産の組織と指摘している⁷⁶。

A は共同所有を志向する手段として生協法人を選択したことが、例えば、川口啓子による鳥取医療生協の設立過程からはうかがえる。「みんなのものである」という組織形態を担保できるものとして生協法人の選択があった。生協法は、例えば「当時はこの法律は物品の購買販売を目的とする購買生協のための法律と考えられ、形のない医療を提供する生協は予定されていないと思われていた」という証言があったように、当事者たちにとってハードルが高く、現実的には知事による認可が下りないこともあったという⁷⁷。

川口啓子が指摘するように、大衆所有を志向して組織づくりをする中で利用者中心としながらも、組織をともに担う職員も組合員として組織を形成することを意識することで、利用者提供者共同との視座を持ちえるに至った。C の自治も、医療生協の自己規定によって住民組合員である利用者所有協同組合を意図し、潜在的に職員組合員との住民組合員との共同を実体化させることで、所有と意思決定の共同によって自治が志向できる。

このように医療生協の組織的特徴として整理すると、前提として、住民組合員と職員組合員がともに協同して「共同所有・共同意思決定・自治」という特徴があることがわかる。これらの前提である「ともに組合員である住民や職員」はどんな立ち位置で医療生協の事業と運動を進めているのか。

山下智佳（2014）は、医療生協について、①医療の情報の非対称性へ対応できる組織として認識されている、②「参加型ガバナンス」が行われている組織であることを確認しながら、医療生協の組織的特徴について、法的側面と組織的側面からアプローチしている。法的側面からは、生協法における医療事業の位置付け、剰余金の割戻し規定と非営利性、員外利用規制についてのトピックを整理する。組織的側面からは、日野秀逸や川口啓子の先行研究等から「共通点として、利用者や住民の関与という点でその特徴が指摘されている」とし、共同所有、共同生産、そして自治の側面を指摘する。しかし「どの程度の組合員の関与をもって共同所有、共同生産、自治性と捉えるのかについては見解が分かれると

⁷⁶ 斎藤弥生（2020）「100年の歴史ある協働の「知」をどう生かせるか-医療福祉生協に期待するコ・プロダクションのまちづくり-」医療福祉生協連理論誌 Vol. 22、4-5

⁷⁷ 日野秀逸（2009）『地域から健康をつくる 医療生協という挑戦』新日本出版社、137

ころ」とする。山下智佳は、医療生協の組織的特徴を条件等で不十分な点はあるものの、「共同所有、共同生産、自治」の過程に患者、潜在的患者としての住民、出資者としての組合員を取り込んでいる組織として医療生協を位置づけて、医療生協の参加型ガバナンスを検討している⁷⁸。

Dの「組合員による共同の営み・共同生産サービスを提供する組織」については、医療や介護サービスをどう捉えるかを意味するものである。医療生協は、その歴史から医療施設づくりや支部や班をつくって「健康の自己主権」を軸に運動を展開してきた。さらにそうした実践は大野博のいう「権利をめざす行動主体」として「医療生協の患者の権利章典」に指摘したところである。

日野秀逸の主張する健康の自己主権、健康権の保障は、例えば、下山瑛二（1973）による「物」と「共同体的サービス」との対比の知見からも明らかなように、医療生協が志向する健康の自己主権を保障する医療・介護サービスには、必然的に共同の営み、共同生産の意義が見出されるのである。つまり、「包括的総合的サービスの中において医療保健を捉えねばならぬという社会的要求が、人間を単に技術的対象「物」として捉えることでは解決せず、個人の主体性を前提とした共同体的サービスの中でこそ、技術的医療行為も生かすし、さらに健康を保全するための予防的措置も十分にとりうることになる」として、「国民の生存権を基盤としない医療保健システム化は人間の主体性を無視し、人間を物質化する傾向を生むだけ」だから⁷⁹である。

組合員による共同の営み・共同生産としての医療・介護サービスは、提供者と利用者とが対等平等で協力協同によって成り立つものである。そこには、医療・福祉保健に関する専門職としての職員組合員と、生活主体として自律した地域組合員との相互作用としての産物が、共同の営み・共同生産サービスとしての医療や介護である。こうした「組合員による共同の営み・共同生産のサービス」には「顧客」という概念はない。

このように医療生協の組織的特徴として整理すると、前提として、住民組合員と職員組合員がともに協同して「共同所有」「共同意思決定」「自治」「共同の営み・共同生産サービスの提供」を特徴とすることがわかる。これらの前提である「ともに組合員である住民や職員」は、どんな立ち位置で医療生協の事業と運動を進めているのか。組織的特徴のある

⁷⁸ 山下智佳（2014）「医療市場への『信頼』資源投入による医療ガバナンスのあり方―「参加」型モデルと医療生協における検証―」明治大学大学院経営学研究科博士論文、64-82

⁷⁹ 下山瑛二（1973）「健康権」の歴史『公衆衛生』Vol. 37、No. 1、22

医療生協の組合員と事業、さらに運動について再検討してみよう。

第3節 医療生協を形づくるもの 組合員、事業（サービス）、運動

前節では、生協研究の知見を整理しながら、医療生協研究の先行研究にふれて、そこから医療生協の組織的特徴を見出した。ここでは、組織的特徴を踏まえながら、医療生協を形づくる、組合員、事業（サービス）、運動を検討していく。さらに、日生協医療部会及び医療福祉生協連が発信する医療生協の役割に関する文書等を検証し、協同組合原則から導き出す生協の本来的な役割等、生協の共益性の追求を超えた医療生協における組合員、事業、運動を整理する。

生協は事業体でありながら運動体であるという二面性を持つ。それは、医療生協も同じで、「事業と運動」として一体的に進めている。佐藤進（1981）は、医療生協のかかえる最大の課題として「運動的な視点、並びに現業体としての役割という二つの面から、これらがそのような役割を帯びているのか」⁸⁰をあげている。

日野秀逸（2004）は、医療生協運動について、医療生協運動は生協法を基点として、全国的な生協運動の交流が生まれる過程で単協の指導部を中心に、ロジデール原則や協同組合原則への関心や理解が生じたもので、発足当初から運動して原型があったものではなかったと指摘する⁸¹。現在の医療生協の基点となったのは間違いなく 1948 年制定の生協法である。では生協法では、どのように生協の組合員や事業を位置づけているのか。法的要件の確認しながら、協同組合原則等のかかわりを見ておく。

1) 組合員とは何か

医療生協にとって組合員とはどのような人たちを指しているのだろうか。

生協法は、第 14 条 1 項で「消費生活協同組合の組合員たる資格を有する者は」「1 地域による組合にあつては、一定の地域内に住所を有する者、2 職域による組合にあつては、一定の職域内に勤務するもの」を組合員とする。2 項では「その区域内に勤務地を有する者でその組合の施設を利用することを適当とするものを組合員とすることができる」ことを定め、1 項に定める地域と職域それぞれの組合における組合員に加入にあたっては当該

⁸⁰ 佐藤進（1981）「医療生活協同組合の現状分析と今後の解題」『医事法と社会保障法の交錯』勁草書房、254

⁸¹ 日野秀逸（2004）前掲書、27-28

組合の承認が必要となる。いわゆる議決承認を経た「2 項組合員」である。組合員は、加入の自由（第 15 条）、出資（第 16 条）、議決権及び選挙権（第 17 条）、自由脱退（第 19 条）など、生協の事業利用のための加入だけではなく、生協事業に関わる議決権及び選挙権を、出資金額に関わらず 1 個の権利を有することを定めている。生協の組合員は、1000 万円の出資をしている組合員も、1000 円出資をしている組合員も、一人一票である。株式会社のよう株主の株保有割合が多い者が議決に有利に働く仕組みではない。民主的な組織運営の所以である。

組合員について ICA（国際協同組合同盟）声明による協同組合原則⁸²に照らして見てみよう。ICA 声明では、協同組合を「協同組合は、人びとの自治的な組織であり、自発的に手をむすんだ人びとが、共同所有で民主的に管理する事業体を通じて、共通の経済的、社会的、文化的ニーズと願いをかなえることを目的とする」として定義する。特に、第 1 原則（自発的で開かれた組合員制）「組合員としての責任を受け入れる意思のある全ての人々に対して開かれている」、第 2 原則（組合員による民主的管理）「平等の議決権」は、まさに生協法そのものの組合員の定義でもある。

生協は、「組合員に最大奉仕を目的とする」（第 9 条）のであって、組合員ではない人たちの生協事業の利用は原則としてできない。組合員以外の利用規制として「員外利用規制」がそれである。旧生協法では、医療事業を行う際には員外利用の許可を所轄官庁に得ていたが、生協法において、医療事業と福祉事業について生協法施行規則第 9 条に利用分量割合が示されている。医療事業と福祉事業はともに「百分の百」となっている。

「組合員への最大奉仕」を掲げる生協では、組合員をどう捉えるかは大きな問題である。組合員以外の利用を認める規定が「員外利用」となる。組合員利用と員外利用について考えてみよう。

小川政亮（1989）は、大店法改正による生協規制を含んだ情勢や員外利用禁止規定について、旧生協法制定国会における政府説明資料や国会答弁から、そもそも消費生活協同組合とは何か、「医療生協の憲法的意義」を検討している。もともと、提案理由説明では「自主・自発」「民主主義」を強調し生協法は「民主的基準」であり「生協活動を規制することは立法趣旨ではない」こと、生協の要件として「各国共通の原則に基づく組合基準を掲げ」

⁸² ICA 国際協同組合同盟は、1937 年に世界の協同組合共通の原則として協同組合原則を 7 つの原則としてまとめた。生協法は 1937 年の協同組合原則を生協法第 2 条に定める「組合基準」に対応した。国際協同組合原則は、1966 年と 1995 年に改定し、現在は 1995 年改定の協同組合原則によるものとなっている。宮部好宏（2004）『生協法を考える』コープ出版、17-21

て、生協の事業は「組合員のため」ではあるが、員外利用ができる点に力点を置いた印象を与えるもの」と指摘する。「国民生活の安定、生活文化の向上のための自発的協同組織としての生協の結成は、勤労人民が生命・自由・幸福追求に対する権利の実質的平等を求め、健康で文化的な生活の実現を求めている団結体として、生存権に基礎をおくもので、憲法 13 条と 14 条をふまえた 25 条（より厳密には、25 条と 28 条）に根拠する」ことによって、憲法の諸原理・諸条項が生協法に貫徹し、「とりわけ医療生協は社会保障権・健康権を守るための団結体として位置づけられることができる」とする。小川政亮は、地域住民の医療へのアクセスを考えれば、地域住民である非組合員は潜在的組合員として医療サービスを利用できること、「組合員の民主的に形成された意思で利用を組合員以外に認めることとしうるのは当然の組合の権利」と生協の員外利用への認識を明らかにした上で、医療生協の員外利用適用を勤労人民の医療保障の権利を侵害する誤った適用と指摘する⁸³。

大野博（2010）は、生協法改正に伴う、医療福祉事業の明文化と員外利用規制について、「従来にも増して医療生協の公益的な役割が注目され、期待されることにもなる」とし、「生協の申請によって許可された状態から、それとかわりなく員外利用が前提とされている常態は、医療生協の側のいっそうの自覚と対応を促すものになる」⁸⁴という積極的に評価する立場をとっている。一方で、山下智佳（2014）は、旧生協法では「医師法の応召義務に反する員外利用規制は受け入れられることができなかったから」として「実態としては法規制の強化であった」⁸⁵とする。山下知佳は、現状でも医師法による応召義務に変更がない中で員外利用が課せられることで大きな問題点として捉えている。

高畑明尚（1997）は、医療生協の組合員について興味深いことを論じる。つまり「医療生協においては、協同する人々の主体としての自立が、組合員であることの前提とされる」とし、「ただし、このことは、受療権の保障を切実に要求している低所得層の人々の所得と、組合員資格が前提である、組合員の経済的な自立との関係という、医療生協の理念にかかわるシビアな問題を提起している。これは、理念としての「受療権」を確立させている医療生協が、実際に、医療費を支払えない人々に医療サービスを提供し続けることが可能であるか否かということに繋がる問題である」という⁸⁶。組合員は、自立している必要があ

⁸³ 小川政亮（1989）「生存権と医療生協－生協規制、とくに員外利用禁止の不当性について－」研究紀要第 79 号、1-24

⁸⁴ 大野博（2010）前掲書、30

⁸⁵ 山下智佳（2014）前掲書、72

⁸⁶ 高畑明尚（1997）「医療の非営利組織」『非営利・協同のセクターの論理と現実』日本経済評論社、

り、それはつまり組合員の経済的な自立であり、医療を受けるにも経済的負担があつて、それらが負担できない組合員への受療権保障は実際にはできないというのである。組合員資格はあつても経済的負担ができないがゆえに、医療生協の理念は絵にかいた餅との指摘であり、医療生協への認識不足を示すものである。

生協の共益性は、前提としての組合員の経済的自立を要求することを暗に示すのかを問うている。これは生協の共益性の面のみでの解釈でしかない。医療生協が購買生協のように共益性に主眼を置いた対応であれば、確かに「組合員の経済的な自立」を求める。しかし、医療生協は、医療という公益性のあるサービスを扱う。ここには公益性を持つサービスとしての医療という視点が欠けている。消費者の組織化ではなく、主権者の組織化として医療生協の組織的特徴が高畑明尚の指摘には欠けている。後述する無料低額診療事業への取り組みや取り組みに至る過程は、組合員への受療権保障の具体的実践である。経済的な自立が組合員であることの前提ではないこと、さらに医療生協の理念は、理念で終わるものでないことも示している。

小川政亮（1989）の員外利用規制への懸念は、医療生協の組合員のあり方を整理するものであり、医療生協の組合員の基本的な性格を示す。つまり、医療生協の組合員とは、生協法の文言どおりのメンバーシップとしての位置付けではなく、その文脈に、地域社会、地域住民が「潜在的組合員」として存在していることを確認するものである。改正生協法における員外利用のあり方をめぐっては、大野博、山下智佳の主張が結果として相対している。だが、その言質をどの立ち位置から発しているのかを考えると、どちらも適切な主張をしているように考えられる。大野博のように医療生協の組織運営を実際に進める立場からすれば、許可を求める手続きなしに医療事業がやっと認められたという思いになるし、山下知佳は研究者としての客観的な立場から冷静に検討しており、それぞれの立ち位置からの妥当な見解と考えられる。

組合員利用と員外利用の観点から概観すると、生協が医療を事業とすることは、当然、地域住民が利用者という前提がある。医療は特定の人にだけ提供するものではなく、医師法の応召義務にあるように、万人に開かれていなければならない。地域住民が医療生協の組合員として自覚的になるには、医療生協の医療事業利用に際して組合員加入とともに、医療生協の組織活動への参画等での実感が必要となる。地域住民である非組合員は潜在的

組合員であるとの認識は、医療はすべての人たちに開かれ、アクセスできるものとしての医療サービスを事業とする特異性からも確認できる。ここから、広義の組合員とは、潜在的組合員を含めた組合員、つまりその定款地域にくらしている地域住民が想定できる。当然、その中には障害を抱えた人や生活困窮の人たちも存在するので彼らを包含した地域住民とも言えるはずである。

中川雄一郎（2000）は、生協運動の見地から「将来組合員になるかもしれないコミュニティの住民を「市民」として「解き放つ」ことができるか」が運動の担うべき方向であるという⁸⁷。これは、生協がコミュニティに積極的に関与して「福祉社会」の創造をめざすこと、つまり、ICA 第 7 原則によって「協同をもっと広い基礎の上に展開してコミュニティに積極的に関係し、そこで生活している人々の「共通の経済的、社会的、文化的ニーズと願いをみたま」ことに協同組合は努力すべきにつながるのである。

さらに、医療生協において押さえておかなければいけないのが、購買生協では議論になっていない日野秀逸のいう「職員組合員」という存在である。

職員組合員とは、見方を変えれば生協で働く職員、つまり生協労働者である。生協労働者について簡単に整理しておく。上述のように、生協は事業体であり運動体である。そうした生協で働く労働者はどう位置づけられてきたのか。

戸木田嘉久（2005）は、生協労働者の 2 つの課題として、「働くものの生活支援を目的とした「非営利・協同」の組織である生協は、組合員と常勤役職員の「自立性」と「協同性」、とりわけ職員の専門的労働における力量の発揮によって、経営の民主的効率性を発揮すること」、「働く者の仕事と生活を破壊し、日本経済と社会を揺るがす「構造改革」「規制緩和」「リストラ」戦略にたいして、生協運動としても、国民生活と平和の用語を基本的に経済と社会の民主的改革をめざして、地域を基礎にほかの社会運動とも共同すること」をあげている⁸⁸。こうした課題への対応として、生協労働者には「生協労働者の 2 つの使命」があった。一般的使命とは、「生産手段を所有しないがゆえに、協同組合資本という個別資本のもとで雇用される賃金労働者という点で、一般の産業・企業に働く労働者に全く共通」し、「労働者階級の構成部分としての「一般的使命」をもつ」ものである。専門的使命とは、「生協労働者は、「協同組合運動という特殊な環境と条件のもとで働いている労働者」とし

⁸⁷ 中川雄一郎（2000）『生協は 21 世紀に生き残れるのか コミュニティと福祉社会のために』大月書店、221

⁸⁸ 戸木田嘉久（2005）「経済社会のあり方と経済民主主義の位置」『生協再生と職員の挑戦』かもがわ出版、272

て「専門的使命」を持つという。専門性とは「第一は、生活協同組合という職場の条件から得られる物価・生活問題・規制緩和と中小経営の問題、消費者運動、生協運動をめぐる経験・知識・技術を活用し、国民生活養護、中小経営防衛などの勤労国民の闘いに、積極的に課題を提起していくこと」であり、「第二には、生協運動のまっとうな発展に寄与することである。生協は組合員の自主的な組織として多くの勤労者の生活を守ることが、一面では、経営体として市場経済法則の作用を受けざるをえず、時として常勤役員の非民主的な生協運営が事業の破綻をもたらす。この点で生協労働者が、それぞれの担当分野で組合員の「ニーズ」に根ざした生協労働の「専門性」を主体的に追求するとともに、組合員、役職員、生協労働者の三者による「協同組合運営の三つの民主制」の教科に向けて奮闘することが期待された」ことであつた⁸⁹。賃金労働者としての一般的使命とともに、生協運動に従事する労働者としての専門的使命がしっかり位置づけられていたのである。

しかしながら、外尾健一（1992）が指摘するように生協労働における職員の位置づけは、「生協の職員は、自ら同時に組合員であることが望ましく」、「生協運動に主体的に参加するアクティブな組合員が生協の職員であることが理想的な形態である」としつつも、生協労働を担う職員が組合員であるという前提に立ち切れていないのであつた⁹⁰。

そして「生協労働者の2つの使命」は、「生活産業労働者の2つの役割」へと変化する。つまり、一般的役割として「労働する個人」の要求の実現。生活者である「労働する個人」の権利と労働条件を発展する役割」と、専門的な役割としての「生活産業労働者」としての社会的役割」である。戸木田嘉久（2005）は、「専門的使命は生協の概念から生活産業へ拡散し、一般的使命は階級的労働運動の視点を不鮮明にした産業別労働組合主義の範囲に狭まれ」、「歴史的にも重要な事業と運動の枠組みをはずした生活産業労働者の専門的役割の設定には、いささか戸惑いを感じざるをえない」と指摘している⁹¹。「2つの使命」から「2つの役割」への変化は後退であり、この指摘を免れぬものではない。

生協労働者の位置において「専門的使命」が不明確になるなかで、日野秀逸（1994）が指摘する医療生協における「職員組合員」の指摘は、組合員としての職員を見出して積極的に医療生協組合員としての位置づけ、さらに機能や役割を提起している。ここが、生協運動における組合員の位置づけを大きく変えるものとして医療生協運動の特徴に見出せる。

⁸⁹ 戸木田嘉久（2005）前掲書、273-274

⁹⁰ 外尾健一（1992）「生協労働と職員の役割」『協同組合の新世紀』コープ出版、331

⁹¹ 戸木田嘉久（2005）前掲書、273-274

これは「地域住民と医療技術者との一体化」（篠崎次男 1981）としての組合員の一端を換言した表現ともいえる。

「医療保障に向けた地域住民と医療技術者との一体化」における医療生協の職員組合員としての役割は、「医療従事者はすべて人権、健康権の担い手」⁹²とも重なる。医療生協における職員組合員とは、医師や看護師などの医療専門職を中心として構成される。このように、人権の担い手としての職員組合員という組合員の位置づけが医療生協において大きな特徴として見出すことができる。

2) 事業（サービス）について

生協法では、第10条で8つの事業を定め、医療や福祉の事業を「6. 組合員に対する医療に関する事業、7. 高齢者、障害者等の福祉に関する事業であって組合員に利用させるもの」として定める。

改正生協法により、生協の事業として医療と福祉が明示されたが、以前は第10条に医療や福祉の定めはなく、「組合員の生活に有用な協同施設を設置し、組合員に利用させる事業」について「有用な協同施設」を解釈して、医療生協の行う医療事業の根拠としていた。

医療生協の事業である医療事業は、旧生協法においては「協同施設」の中に医療施設が包含されている解釈であったが、生協法改正によって医療や福祉の事業が独立して生協の事業として位置づけられた。これは、医療生協の事業としての医療事業が社会に広がったことを追認したことの証左でもある。生協には員外利用禁止という「規制」があるが、医療生協は医療法上、医療事業利用を組合員以外の規制はできず、制度上の矛盾が生じていることは既述のとおりである。

さて、購買生協では、消費の組織化を目指して共同購入の仕組みを整えて組合員へ事業として食料品をはじめとした物品販売を事業として行っている。田中秀樹（2000）は、「現代消費社会はまさに商品化が徹底して全般的に浸透した時代（普遍的市場化）であり、「社会成員の一人一人が消費市民として商品化を全面的に受容し、いわば「資本主義的な主体」として立ち現れつつあるのが現代社会である」とし、「そこでは個別化も、個々の社会成員、子どもや女性、老人を含めて全般的に広まり、「関係が収奪され不可視」になるという「関係の収奪」が進行する」といい、「売ったらおしまい、あとは苦情処理」という販売システ

⁹² 井上英夫（2010）「患者と人権－健康権を中心に－」『文化連情報』No. 390、35

ムはまさに商品交換過程における関係性の切断と不可視化、「関係の収奪」の具体的内容である」と指摘する⁹³。購買生協で扱う物品は確かに商品である。その商品を商品としての特性にのみ目を奪われてしまえば、生協が培ってきた協同がないがしろにされてしまいかねないことを警告している。

医療生協の事業活動は、生協法に定めがあるように、医療・福祉に関する事業が中心となる。では、医療生協が扱うサービスである医療や介護はどういうものなのか。

医療サービスは、公共財として位置づけられて、公的医療保険等を活用して提供されるもので、物品の共同購入とは全く違うプロセスとなる。しかし、介護保険制度施行後に、介護サービス等の金銭授受によるやり取りの日常的実践から、介護サービスが「商品」として認識されるに至っている。医療サービスにしても一部負担金負担の増大で、金銭授受に伴う日常的実践から「商品」としての意識もある。医療・介護サービスが「商品」として日常的実践によって「当たり前」になってきている。

この状況は、購買生協におけるサービスを検討する際の「逆プロセス」である。つまり、購買生協は、大企業等によって独占的に販売されていた物品である商品を、「消費の協同」によって脱商品化された安心安全な物品として購入するが、医療生協の場合、もともと公共財であり現物給付中心だったサービスである医療や介護が、各種制度改正等で商品化されてしまっているという事態である。

医療事業は、社会保険制度や公的扶助などをもとにして患者へ提供される。川口啓子（1996）は、生協である購買生協と医療生協の事業の位置関係を考察し、購買生協が提供するサービスや商品は、市場を通じて他の民間企業と同じように流通することから、より「市場」に近いところに位置するのに対して、「医療生協は公的医療保険制度によって、より「国家」に近いところに位置している」と指摘する⁹⁴。社会保険制度を活用した事業としての医療生協の事業は、公益性を強く求められるものであることも理解できる。また、診療報酬や薬価、さらに介護報酬等で公定価格が定められており、どこの医療機関にかかろうとも同じ内容であれば負担も変わらないのが、医療事業が公共財である所以の一つである。患者による一部負担は、患者を医療消費者としての自覚を促す。医療機関も医療サービス向上を目指して接遇や医療の質の向上にむけた取り組みを行っている。では、医療生

⁹³ 田中秀樹（2000）「現代消費社会と新しい協同運動」『生協は21世紀に生き残れるのか』大月書店、98-110

⁹⁴ 川口啓子（1996）「非営利組織としての医療生協」医療経済研究会会報 No. 58、17

協の事業である医療・介護サービスの提供の特徴は何か。

医療・介護サービスの質向上の位置づけとして改めて「共同の営み」「共同生産」を検討しておきたい。「医療生協の患者の権利章典」(1991)より、「権利をめざす行動主体」としての患者を位置づけ、医療者とともに患者を中心とした医療の質を向上していこうとするものである。そこには一方的な権利義務の関係としての医療者と患者との関係ではなく、同じ組合員として信頼をもとにした関係性の上で作り上げる医療・介護サービスである。医療・福祉の事業は結果として「共同の営み、共同生産としての医療・介護サービス」を意識しているのが特徴となる。

斎藤弥生(2020)は、ペストフは1998年に金沢大学に滞在した折に専門職と地域住民が対等に一票を持つ組織で世界に類を見ない組織として医療生協を発見し、さらにそこに「コ・プロダクション(共同生産)」を見出したという。つまり「①健診活動を通じて患者(利用者)が積極的な主体者となっていること、②健康管理の知識を得ることで患者自身が能力を高めていること、③そのことが専門職との間に生じる圧倒的な運営が患者(利用者)をさらに活力化している、ということであった」⁹⁵という。

確かに、診療報酬や介護報酬等で公定価格が設定されている医療・介護サービスではあるが、地域住民自治組織である組合員活動を基盤としながら、医療者と患者・利用者との信頼をもとにしたかわりという共同生産サービスとして医療や介護を捉えて事業活動を行っていることは大きな特徴であり、他の医療事業を提供する事業者との違いとなる。下山瑛二(1973)は、「包括的総合的サービスの中において医療保健を捉えねばならぬという社会的要求が、人間を単に技術的対象「物」として捉えることでは解決せず、個人の主体性を前提とした共同体的サービスの中でこそ、技術的医療行為も生かしうるし、さらに健康を保全するための予防的措置も十分にとりうることになる」と指摘したが、篠崎次男(1981)のいう「医療者と住民との一体化」が、つまり共同の営みであり、共同生産なのである。

このように医療生協の事業は、「共同所有で民主的に管理する事業体」としての組合員の「共通の経済的、社会的、文化的ニーズと願いをかなえる」ものとして具体的な事業であり、住民組合員と職員組合員による共同の営み・共同生産としての性格も、医療生協の医療事業等からも見出せる。

⁹⁵ 斎藤弥生(2020)「100年の歴史ある協働の「知」をどう生かせるかー医療福祉生協に期待するコ・プロダクションのまちづくりー」医療福祉生協連理論誌 Vol. 22、4-7

協同組合原則である ICA 声明では「共同所有で民主的に管理する事業体」が組合員の「共通の経済的、社会的、文化的ニーズと願いをかなえる」ものとして具体的な事業を想定している。協同組合が医療や福祉事業を行うとは何を意味するのか。「共通の経済的、社会的、文化的ニーズと願いをかなえる」ものとしての事業活動には、「共同所有で民主的に管理する事業体」が主体となる。関英昭（2016）は、テンニースのゲマインシャフトとゲゼルシャフトを引き合いにして、協同組合の立ち位置を「ゲマインシャフト的性格とゲゼルシャフト的性格の両方を有する人的結合体」とする。この二面性のバランスが大切で「軸足を左に置くとゲマインシャフト的となり、右側に行き過ぎると株式会社になってしまう危険性がある」とする。ゲマインシャフトの精神があるからこそ、貧困や差別の問題への取り組みができると分析する。「共同所有で民主的に管理する事業体」としての協同組合の事業に取り組む視座がうかがえる。

3) 運動について

さて、運動とは何か。生協運動は事業活動と両輪をなすものであり、生協は、事業活動を運動的に展開することが要請されていることは指摘してきたとおりである。

生協法では、生協の組合員や事業に定めはあっても運動についての規定はない。しかし、『消費生活協同組合法逐条解説』（1947）において、「消費生活協同組合運動のみをもって今日の経済危機に処し、又は文化の進展を期待することは望みえないのであるが、その組織と運営の宜しきを得るならば、消費生活協同組合は、国民生活の安定向上に資するところ少なからぬものがあるばかりでなく、又我が国の民主化においても多大の貢献をなすものである」⁹⁶との中に、「消費生活協同組合運動」の文言があり、生協の組織と運営を引き出すための位置として運動があることがわかる。

その上で、第1条の目的にある「国民の自発的な生活共同組織の発達を図り、もって国民生活の安定と生活文化の向上に期する」となる。小川政亮（1989）は、生協法制定過程の国会論議や政府説明資料から、生協の実践を「民主主義の実践」と表現している。

また、協同組合原則の ICA 声明では「自発的に手をむすんだ人びとが、共同所有で民主的に管理する事業体を通じて、共通の経済的、社会的、文化的ニーズと願いをかなえることを目的」として協同組合組織の方向性を定義し、第4原則（自治と自立）「自治的な自助

⁹⁶ 長倉史郎（1947）前掲書、10-11

組織」、第5原則（教育、訓練および広報）「組合員が協同組合の発展に効果的に貢献できるように教育訓練を実施する」、第6原則（協同組合間協同）「組織の協同を通じて協同組合運動を強化する」、第7原則（コミュニティへの関与）「組合員によって承認された政策を通じてコミュニティの持続可能な発展のために活動する」としている。

田中秀樹（2000）は、資本主義における生協運動の難しさを「商品交換過程における関係性の切断と不可視化の「関係の収奪」の具体的内容である」⁹⁷として、資本主義の主体としての組合員を捉えたと、顧客化・消費者化によって関係性の断絶が起きることを説明している。

川口清史（1986）は、「生協は大衆運動をつねに事業活動の基盤にしたもの」というが、事業から運動が乖離すれば、流通小売事業と何ら変わらないばかりか、顧客や商品管理に長けた流通小売業には淘汰されてしまう可能性すらあるという⁹⁸。田中秀樹（2000）は、「消費者の協同」は常に単なる「商品を求める協同」へ後退する傾向を持つことを指摘し、「視点を、商品ではなく、組合員のくらしに移せば、そこからは新しい協同の展開とそれともなう事業化の展望も開けてくる」⁹⁹と指摘する。

運動を生協はどう捉えているのか。ここではその大きさや範囲について見ておこう。川口清史（1986）は、生協の特徴として社会運動をあげている。そして諸運動の出発点を「組合員である主婦、母親としての素朴な願い、要求が運動化されたもの」¹⁰⁰とする。「素朴な願いや要求」というプリミティブが特徴で、女性差別運動のような立ち位置とは異なっており、プリミティブな要求をもとに進める運動を出発点とすることから「革新統一戦線の一翼を担いうるかといえ、そうはならないであろう」¹⁰¹という。そうした指摘に、二宮厚美（1988）は、「やや論旨に明快さを欠き、またその論点も革新統一戦線への参加に制約を課す必要条件であっても十分条件にはならない」¹⁰²と川口清史を指弾する。

しかし、生協運動の発現である「プリミティブ」については、川口清史の指摘の方が的を射ているし、その指摘から生協運動の持つ問題点を検討する視点を提供している。例えば、「母親運動」という視点は、ある意味でジェンダー問題を内包している。有本信昭（1992）

⁹⁷ 田中秀樹（2000）前掲書、105

⁹⁸ 川口清史（1986）前掲書、288

⁹⁹ 田中秀樹（2000）前掲書、110

¹⁰⁰ 川口清史（1986）前掲書、288

¹⁰¹ 川口清史（1986）前掲書、288

¹⁰² 二宮厚美（1988）「現代民主主義と生協」『生協運動の新時代』労働旬報社、75-78

は、日本型生協モデルである班活動における女性について、「班」は婦人の社会的自立の不十分さ、生活の社会科の不十分さから生まれてきたこと、つまり生協組合員の家庭・家族はどういう水準やその延長上にあることを十分に認識する必要があるのではないか」¹⁰³というが、これはジェンダー平等への問題提起へ示唆に富む指摘である。

二宮厚美の指摘は、こうした川口清史によるプリミティブによる運動が内包する問題を覆い隠しかねない。革新統一戦線が可能とする議論は、こうしたプリミティブゆえに発見しうる問題を不可視にする、あるいは隠蔽しかねないのである。実際に、ジェンダー平等に関する問題は、政治においてかなり遅れたものなのは事実である。二宮厚美の川口清史への指弾は、次元が異なるものであって並列できるものではない。川口清史のいうプリミティブな運動でもあるし、二宮厚美のいうように革新統一に資する可能性もあるのが正確な指摘である。

プリミティブな運動というのは、実は等質な社会階層の認識を反映したものでもある。生協の共益組織であり、例えば、浜岡政好（1986）は、生協組合員の社会階層の特徴を比較的高所得で高学歴な主婦層を見出している¹⁰⁴。当然、そうした階層からの素朴な要求というのは、その階層の実情を反映したもので、主婦という立場からは未婚や単身女性の境遇を推し量っての要求にはなりえないだろう。しかし、だからこそプリミティブな平和運動への参加も見出せる。大西広（1986）は、「生活への満足」と「戦争への不安」は十分両立しうる意識なのであり、その二つの意識が合わさってはじめて、その満足なる生活を脅かす戦争を否定する」といい、「人々はそもそも「理屈」だけで運動に立ち上がるものだろうか。「理屈はわかる。けれども自分がやらなくても」というのが多くの運動の桎梏になっていないだろうか」¹⁰⁵と指摘する。このように運動が射程とする問題には大きさや範囲があることを認識する必要があるだろう。

さて、とはいうものの、生協は、資本主義社会の中で、組合員が事業を通じて、協同組合の方向性を組織目的のために「絶えず進めて行くこと」である。ここに運動の必要性が見出せるのである。

田中秀樹（2000）は、「生協運動は「生活の協同」を追求する」視座が必要であるという。しかしながら、いつのまにか「共同性なき利害の同一性」が出発点になってしまっている。

¹⁰³ 有本信昭（1992）「協同組織形成の意味とその方向」『協同組合の新世紀』コープ出版、189

¹⁰⁴ 浜岡政好（1986）「生協組合員の階層性とライフスタイル」『転換期の生活協同組合』大月書店、68-102

¹⁰⁵ 大西広（1986）「平和運動」『転換期の生活協同組合』大月書店、307-321

「消費者の協同」は常にたんなる「商品を求める協同」へ後退する傾向を持つというのである。単に流通や小売りを生業するのではなく、あくまでも組合員・地域住民との生活の協同という視座をもって、事業と運動を行うのが生協である、と指摘する。事業活動を通じて、組合員や地域住民の生活に資することが生協の運動論の基本となる。田辺準也(2005)は、めいきん生協での班活動や共同購入事業を通じて「生協運動とは資本に対抗して人間力を発揮する努力である」¹⁰⁶と見出している。

川口清史のいう生協の社会運動の側面について、一方では重なるところもありながら、生協の公益性から見出した「事業と運動」への視座となっている。確かに、生協の公益性からは「プリミティブ」なものが要求になるかもしれない。川口清史のいう「生協の事業と運動」について、医療生協の組織的特徴の立ち位置から再検討していくことで、生協の全体に向けて事業と運動の意義を再整理することもできるだろう。

消費者運動という方向を購買生協は志向したが、医療生協運動は、患者になれない傷病人を患者として医療を受けられるようにできる運動としての社会保障運動としてのスタートラインがある。篠崎次男(1992)は、草創期の運動においては、指導的個人の役割が極めて大きいと指摘する。これは、指導的個人が専制的に運動を進めたというのではなく、指導的個人が持つ強い想いである「素朴で原則的な医療への住民参加の追求」を地域住民に広げていったことであった¹⁰⁷。

佐藤進(1981)は、戦後の医療生協運動の問題点について、医療社会化運動＝患者・受益者運動と、皆保険体制のもとでの労総者福祉の運動体として医療生協運動とは役割が異なるとして、戦前の医療運動がなぜ短命に終わって国民共通の土俵の上に乗せることができなかったのか検討して、医療生協運動に据えて考えていく必要性を提起する。つまり、戦前の医療運動の問題点であった、労働者農民運動の組織が未発達だったこと、無産者医療運動が政治主義に陥っていたこと、運動が分裂したこと、運動方針が欠けていたことである。その上で、医療生協運動を今日的なものとして検討すべきであると提起している。

「医療生協運動は、生協法とロジデール原則を日本の現状に創造的に具体化するための実践を通して豊かな医療運動へと成長させていった、戦後日本の新しい医療運動」(篠崎次男 1998) というように、「絶えず組織のあり方を考えながらすすんでいくこと」が運動と

¹⁰⁶ 田辺準也(2005)「班協同購入事業の特質と生協労働者(職員)の役割」『生協再生と職員の挑戦』かもがわ出版、125

¹⁰⁷ 篠崎次男(1992)『医療における住民参加の実践』日本生協連医療部会、184-194

して医療生協のあり方を提示している。医療生協が運動をどう位置づけてきたのか見ていこう。

西岡幸泰（1982）が示したとおり、医療生協は、1960年代に医療生協の4つの組織的特徴の原型を見出し、「医療運動」としての位置付けを鮮明に打ち出した。自主的保健活動として、班や保健大学等の活動を運動としても進めてきた。医療を公共財として位置づけて地域住民と医療技術者との一体化で乗り越えようとする視座、「生活活動の協同運動」と同一の視点であった。野村拓（1988）は、医療生協運動の特徴について「健康者の運動」とも指摘している。

医療生協運動のひとつの形となったものとして「医療生協の患者の権利章典」（1991）があげられる。医療生協の患者の権利章典」の最大の特徴は、「医療生協の組合員が自らを律するもの、すなわち、行動規範であり、行動主体は医療生協の組合員である」こと、つまり他の患者の権利と行動主体が対極にあるのが特徴と、大野博（2010）が指摘したとおりである。

1957年に結成した日生協医療部会は、2010年に医療福祉生協連として改組し、新しい連合会を結成した。医療福祉生協連は「健康をつくる。平和をつくる。いのち輝く社会をつくる。」¹⁰⁸を理念として総会で決定した。理念実現のために「地域まろごと健康づくりをすすめます。地域住民と医療や福祉の専門家が協同します。多くのひとびとの参加で、地域に協同の「わ」をひろげます。」¹⁰⁹としている。これまでの医療生協の4つの特徴を継承して、具体的実践にむけて、組合員に留まらない地域社会全体への保健・医療・福祉に貢献するために、地域住民や地域との協同を進めていくこと、その前提として平和、人権を基礎においたものとなっている。

さらに「医療生協の患者の権利章典」を進化させた「医療生協のいのちの章典」を積み上げた論議によって決定した。「医療福祉生協のいのちの章典」は、「憲法をもとにした人権が尊重される社会と社会保障の充実をめざす、私たちの権利と責任を明らかにしたものです。」¹¹⁰とある。

「私たちの権利と責任」とは一体何をさすのか。権利とは、人権や社会保障への総体的な「権利」であり、責任は、それらの権利を不断の努力で守り抜く「責任」だろう。医療

¹⁰⁸ 医療福祉生協連の理念については、websitesを参照のこと <http://www.hew.coop/aimis#idea>
2021年5月20日閲覧

¹⁰⁹ 前掲サイト参照のこと

¹¹⁰ 医療福祉生協連の「いのちの章典」についても前掲サイトを参照のこと

生協運動を進めていく責任でもあり、権利侵害にある医療や福祉にアクセスできない人々への権利擁護・権利保障への責任とも解釈できる。

生協法では組合員と事業の規定はあるが、運動や活動の言及はない。しかし生協法制定過程での論議や生協法第1条（目的）からその文脈を探ると、これまでの医療生協運動の蓄積が綿々と受け継がれてきていることがわかる。医療生協運動は、「住民組合員と職員組合員」という組合員組織が、組合員だけではない医療事業における潜在的組合員である地域住民の医療要求を受け止めるために進めた住民運動とも言える。これらはICA声明の定義とともに、第7原則「コミュニティへの関与」の意義が、特に医療生協の医療事業を通じた運動において大きく重なる点である。生協法や協同組合原則のICA声明は、医療生協運動の実践的側面にも合致しているのである。

ここまで運動について検討してきた。「消費者の協同」は常にたんなる「商品を求める協同」へ後退する傾向を持つ。医療や介護サービスを商品とすることは、一方通行の「医療サービス商品を求める協同」に後退しかねないし、実際に賢い医療消費者が要請される資本主義社会において、共同の営み、共同生産としての医療・介護サービスの視点に立った医療生協運動は重要なのである。

4) 医療生協の組織的特徴から見出せる「事業と運動」の要点：「くらしの協同」と「信頼」

ここまで、医療生協の組合員、事業、運動について、生協法や協同組合原則等との結節点等を確認してきた。生協法は、生協が組合員への最大奉仕を目的とすることを定めているが、これは、前述の小川政亮の論からも既述の通りである。医療へアクセスする潜在的組合員である地域住民を対象が対象となる。組合員への最大奉仕は、文字通り読めば「組合員のみ」であり、「コミュニティへの関与」に組みさない。しかし、組合員を地域住民の生協活動の入り口として捉え、医療生協の事業と運動をすすめることは、生協法の趣旨を大いに活かし、協同組合原則「コミュニティへの関与」として、「協同組合は組合員が承認する政策にしたがって地域コミュニティの持続可能な発展のために活動する」の趣旨にも合う。

「コミュニティの持続的発展」には、当然だが、生活困窮者等を包含した政策や実践等が、事業と運動として不可欠である。「組合員のくらしは生協だけで成り立っているわけではなく、地域全体がよくなっていくことで、組合員のくらしの向上が実現」というように、さらに医療や福祉を提供する事業を行う立場から、広く地域住民を対象とすること

は自明でもある。医療生協の組合員、事業、運動は、組合員への最大奉仕と公益性の追求とともに、実際には潜在組合員である地域住民に対して広く医療や福祉の事業を提供し、医療や福祉サービスが受けられない人への対応も実践するという公益的性格を持っていることがわかる。

さて、医療生協の組織的特徴から、従前の生協運動と区別されうる運動の特徴は何か。それらを整理しておこう。それらは、「住民と医療技術者との一体化」、「健康の自己主権論」、「職員組合員」、「人権性、先駆性、開拓性」、「共益と公益の矛盾が原動力」などがあげられよう。特に、購買生協との違いでは、「組合員による共同の営み・共同生産としての医療・介護サービス」、これは、医療の特殊性とともに、医療者との一体化によって培ってきた共同の営み・共同生産を介護サービスにも当てはめられる。共通項は、「くらしの共同」という視点で、購買生協は、食料をはじめとした日用必需品、医療生協は、医療・介護サービスの利活用になる。生協は、厚生行政がかつて示していた「自主的救済組織」としての「低所得者層への防貧施策」、つまり、「くらし」とどう向き合うかが問われるものなのである。

ここでは、医療生協の医療・介護サービスにおける「共同の営み」「共同生産」を改めて検証しておく。既述の通り、前者は昉昭三が、後者はペストフが「コ・プロダクション」として医療者と患者（地域住民）との相互作用によって作り出される医療・介護サービスである。相互作用を経て共同の営み、共同生産に資するための要素はとは何か。おそらく安心、安全、信用や信頼が影響していることは疑いないが、信頼とはどういうものなのか。

信頼に似ている言葉として信用がある。信用は過去の実績に基づき、信頼は信用に基づく期待と意思をいう。つまり、信用は過去の実績や成果に基づき、客観的、物質的であり、信頼は信用に基づいて未来の行動を信じ期待することで、主観的、精神的であるという。ここからは「信用<信頼」とわかる。さらに信頼と似ている言葉に「安心」がある。安心について、山岸俊男（1998）は、「相手が自分を搾取しようとする意図をもっていないという期待」のうち、相手が自分を搾取しようとするのが相手自身にとっての不利益になるからそうしないだろうという期待、すなわち「相手の自己利益の評価」にもとづく期待を「安心」（assurance）、「相手の人格や相手が自分に対してもつ感情についての評価」にもとづく期待を「信頼」（trust）として、安心と信頼を区別する。安心と信頼とは異なる概念であり、安心＝相手にとって損得勘定にもとづく相手の行動に対する期待、信頼＝相手の人格や行動傾向の評価にもとづく相手の意図に対する期待、として位置づくという。これらを以下のように当てはめて考えてみよう。

「医療者が患者を搾取しようとする意図をもっていないという期待」のうち、「医療者が患者を搾取しようとするのが、医療者にとっての不利益になるからそうしないだろうという期待」で、

①「医療者の自己利益の評価」にもとづく期待を「安心」(assurance)

⇒パターナリスティックな関係を維持し患者が抱く医師への服従すること、ここからはせいぜい「安心」しか生まれない。

②「医療者の人格や医療者が患者に対してもつ感情についての評価」にもとづく期待を「信頼」(trust)

⇒患者が医療者との関係のパターナリスティックな関係に疑義を持ち、そうした関係ではなく対等な協同をつくれる期待からは「信頼」が見出せる。

①ではなく、②が信頼となるが、ここで問題となるのは、相手と自分との関係性である。信頼は、①が示すような上位者の自己利益を下位者が担保する形で生み出せない。せいぜい、上位者の庇護のもとでの安心である。しかし、②は上位者との関係性を下位者が非対称であることを率直に伝え、それが上位者にも理解できると下位者が納得することで作り上げられる関係であり、いわば非対称な関係の上に双方性を持つ。その非対称な関係の上に持つ双方性は社会的知性によってなしうるものである。

他人を信頼する正直者が馬鹿を見ない開かれた社会を目指し、社会的知性に裏打ちされた「一般的信頼」が集団主義的關係、すなわち やくざ型コミットメントが提供する「安心」に取って代わるという。安全と信頼との区別を整理したが、山岸俊男のいう「やくざ型コミットメント」による安心」は示唆に富む。医療サービスにおける共同の営み・共同生産において、山岸俊男のいう信頼はどう位置付けられるのか。信頼は、「期待が持てる」とする当事者の意思。意思の表明と交流との相互作用が共同をつくる。医療サービスには、医療専門職と患者との共同の営み・共同生産サービスとなる。そこでの医療者が強く出れば「安心」を得ることしかできないし、医療者と患者との非対称な関係ではなく、そこを超えた対等な関係性を見出さないかぎり、信頼を得ることはできないし、共同の営み・共同生産サービスには至らない。提供者・利用者との対等な関係づくりが、共同生産サービスの条件となることが見出せるのである。

市場では「信用」をもとに商品を購入する。医療機関には「信用」ではなく、「信頼」に

よって診察や介護サービスの利活用がある。安心や信用は市場社会での前提であり、それらを超えた信頼を基礎のしたものが共同の営み・共同生産の下地となっているのである。

このように医療生協の事業と運動における要点として、「くらし」と「信頼」が見出せる。地域社会に向けて、組合員、事業（サービス）、運動によって生協の仕組みによって、くらしと信頼を守り育む事業体である運動体が医療生協である。くらしと信頼への運動体の支柱となるのが人権である。

リム・ボン（1996）は、医療生協が「医療生協の患者の権利章典」を掲げ、いち早く訪問看護などの地域活動を地道に展開してきた実践から、医療生協運動の「人権啓発活動」としての位置付けを指摘する。さらにリム・ボン（2010）は、医療生協について国連が1994年に提唱した「人間の安全保障」の観点から、その運動の意義を整理する。人間の生存や生活、尊厳を脅かすあらゆる種類の脅威を包括的に捉え、これらに対する取り組みを強化する「人間の安全保障」における保健医療分野からアプローチを実践的に行っているのが医療生協運動であると指摘する。医療生協運動の実践が、単に組合員への最大奉仕という意味を超えて、組合員が生活する地域社会全体の人々のくらしを支えていく、さまざまな状況にある人々を包含して支援していく運動として見出している。

リム・ボン（2010）は、組合員組織であるから「組合員の要求実現」を求める事業と運動となるが、「組合員の要求実現をはるかに超えた「社会全体の要求実現」（自らの要求を正確に認識することのできない人々を含めた）に果敢に取り組むことを求められている」という。現在の社会状況は本当の意味で「万人のための活動」となることを医療生協に求めている。「重要なことは、組合員の活動によって提供される様々なサービスが、組合員たち自身に還元されると同時に、組合員でない人々あるいは医療生協の存在さえ知らない人々にまで波及するかどうかという点である」¹¹¹。組合員の最大奉仕を超えた、社会資本としての医療生協の位置づけを提示する。

医療・介護サービスを提供する医療生協の組織的特徴において、人々のくらしにおける医療・介護の平等性を保障しようとする意義を「人間の安全保障」からも見出すことができる。医療生協は、「人間の安全保障」という観点から、組合員、さらに地域住民へ医療・介護サービスを提供していく事業と運動が求められることも解釈できる。

2014年、日本学術会議は「いまこそ、『包摂する社会』の基盤づくりを」という提言をま

¹¹¹ リム・ボン（2010）「新・医療生協論－変革のパラダイム－」『生活協同組合研究』No. 418、7

とめた。昨今の所得格差と貧困が広がりともに、人々の孤立化が進む中で、「社会的包摂を基本概念とした社会政策を通じて、すべての人が潜在的に有する能力をフルに発現できる社会（包摂する社会）の構築に向かう必要があること」を述べ、「すべての人々が人権保障された状態である社会的包摂を目指すうえで、民間組織が実際の政策遂行のアクターとしてその重要性を増している」¹¹²と指摘する。

生協は、メンバーシップによる組合員への最大奉仕を目的とし、また、協同組合原則である「コミュニティへの関与」は、「組合員の承認する」という条件がある。確かに、生協は、加入する組合員による民主的な決定を経て、組合員に向けた事業を拡大することができる。しかし、加入する組合員だけの総意によって事業を行うことで、本当は事業利用したくても利用できない提供サービスが出現することもありうる。しかし、医療に関してはこの条件はあてはめられない。なぜなら医療・介護サービスは公平性が担保されなければならないし、「利用したくても利用ができない」状況が決してあてはまらないからである。それは医療・介護サービスの特異性からもそうであるし、「医療生協運動は貧困故に満足な医療を受けることができなかった人々の切実な要求から出発した歴史を持つ」ことから、さらに、「人間の安全保障」として社会的包摂の実践をすすめるべき立場からも明らかである。医療生協による「コミュニティへの関与」とは、医療・介護サービスにおいて人権保障の視点をもった事業や運動であるはずである。さらに「医療福祉生協のいのちの章典」では、「憲法をもとにした人権が尊重される社会と社会保障の充実をめざす、私たちの権利と責任を明らかにしたもの」として「私たちの権利と責任」を謳っている。医療生協運動の文脈において「責任」とは、生活困窮者等を含むさまざまな人たちの人権保障を推進していく医療生協運動の責任であることも読み取れる。

2009年、医療生協は、社会福祉事業の位置づけで生活困窮者への医療支援として無料低額診療事業を始めた。これまでも「生活困窮者を含めた地域の人々のくらしの支えあい」の事業としての福祉サービス、さらに多くの医療生協の病院では差額ベッド代を徴収しない病棟運営をしている。

医療生協運動の蓄積があつてこそ、医療生協による無料低額診療事業への参画があつた。潜在的組合員を視野に入れた地域社会での「組合員のくらしの支えあい」の具体的実践ができた。医療生協の住民組合員と職員組合員による事業と運動への共同意思決定が、リム・

¹¹² 日本学術会議社会学委員会経済学委員会合同包摂的社会政策に関する多角的検討分科会（2014）「いまこそ『包摂する社会』の基盤づくりを」、2

ボンの指摘する「人間の安全保障」の保健医療分野からのアプローチとして、社会的包摂を志向する具体的実践の必要性を、しっかりと捉えることができたからこそ、医療生協の社会的役割として生活困窮者への医療保障を事業として行うこととなったのである。

医療生協は、組合員の健康づくり運動へ大きくシフトして事業と運動を進めてきた。確かに組合員要求に「健康で長生き」は根強いし、これを軸にした事業や運動を進めている。しかし、医療生協が組合員要求の「健康で長生き」のみを追い求めることは片輪で車を走らせるようなものはないのか。医療生協だからこそ、潜在的組合員を視野に入れた協同組合原則の実践である「コミュニティへの関与」が必要である。潜在的組合員を視野に入れることで、医療アクセスできない地域住民への対応の必要性が顕在化してくる。社会的包摂を志向した医療や福祉事業への参画について、医療生協の住民組合員と職員組合員の協同という組織的特徴から、さらに医療・介護サービスという公益性を、地域住民を潜在組合員として再定義して、生協の組合員の視点で追求していくからこそ、その必要性を見出せたのである。

だが、生協法の法制上なにも根拠はない。しかしこうした文脈を捉えて事業と運動をしなければ、「形式的な生協事業」に陥りかねない。医療生協の無料低額診療事業への参画は、運動の文脈においても無低診そのものの意味が大きく変容させることにもなる。

医療生協の事業と運動を「組合員のくらしの支え合い」という視点から検討していくと、医療生協は、単に生協法の文言どおりに組合員や事業を位置づけているのではなく、生協法制定過程における論議や国際的な協同組合原則から、メンバーシップの組合員組織ではあるものの、それを超えた時代や地域のニーズに応えようとする事業や運動であることもわかる。医療生協の組織的特徴からは、潜在的組合員を視野に入れた協同組合原則の実践である「コミュニティへの関与」、医療アクセスできない地域住民への対応として、社会的包摂を志向した医療や福祉事業への参画を見出すことができるのである。

医療生協の事業と運動の要点としてくらしと信頼を見出した。医療生協運動の要としての人権は、くらしの協同と信頼に根ざしたものとも言えるのである。

第2章 医療生協の事業と運動の具体的実践からのアプローチ～尼崎医療生協を例として

本節では、第1節で概観した医療生協の事業と運動について、尼崎医療生活協同組合（以下、尼崎医療生協）という個別の医療生協を取り上げて、医療生協の事業と運動、その組織的特徴を検討する。

第1節 尼崎医療生活協同組合の「事業と運動」の展開

1) 尼崎医療生協はどのように誕生し今日に至ったのか

尼崎医療生協は、2021年3月現在で、組合員数5万8千人、出資金21億円を超え、1病院8診療所2歯科1老健施設をもって医療・介護事業を行う西日本地域でも有数の医療生協の1つである¹。三法人合併（1974）により、今日の尼崎医療生協となるが、ここでは、文献調査をもとにして、それぞれの時代の特徴等を概観しておく。

尼崎医療生協の成り立ちは、「ナニワ病院開設」（1950年5月）にかかわる民主医療運動が発点であるという。尼崎医療生協運動史を検討するにあたり、3つの時代区分にわけて概観する。それらは、以下に示す、①民主医療運動前史期、②民主医療運動期、③医療生協運動期である。

①民主的医療運動前史期

1950年～1966年：尼崎民医連6診療所確立、生協法人設立論議開始まで

1966年～1974年：尼崎民診・各生協法人設置から生協法人合併まで

②民主的医療運動期

1974年～1981年：センター病院設立・開所まで

1981年～1989年：第一次5ヵ年計画以前

1989年～1996年：第一次5ヵ年計画「みんなでつくる、みんなの長計！」「住民の健康・医療を守る」

③医療生協運動期

1996年～2001年：第二次5ヵ年計画「参加と協同による健康で明るいまちづくり」「医療生協らしく」

2001年～2006年：第三次5ヵ年計画「安心と助け合い（協同）のまちづくり」

¹ 尼崎医療生活協同組合 websites 参照のこと <https://amagasaki.coop> 2021年3月20日閲覧

2006 年～2015 年：4 つの施設拡大計画と累積赤字解消 6 か年計画

2015 年～：第四次 5 ヶ年計画から現在

これらの時代区分には、尼崎医療生協が運動をどう捉えて形にしてきたのか、つまり運動をどう変化させて今日に至ったのか、便宜上区分けしてみたものである。特に、②から③への移行には、「医療生協らしく」という、民主医療運動から医療生協運動へ大きな画期となる第二次長計が位置づくものとなる。では、尼崎医療生協の誕生と発展について概観していく。

①民主的医療運動前史期

尼崎医療生協の出自は、「ナニワ病院開設」（1950 年 2 月）にかかわる地域住民の民主医療運動である。1950 年当時の尼崎地域の社会情勢はどんなものだったのか。戦争が終わって 5 年が経過し、「労働組合は先頭に立って労働者の生活を守り向上に専念していた」²という。全国的には、全国労働組合連絡協議会が結成（1947 年 2 月）され、この流れを受けて、尼崎にある「電産尼一、尼二、尼東、の各分会、日亜鋼鉄、尼崎鋼鉄、大同鋼鉄、大谷重工、阪神電鉄、尼崎教職員組合、旭硝子などの主な組合」³があつまり、尼崎地区全労働組合協議会（全労協）⁴が 1949 年 8 月につくられた。「当時は戦後のこととて、工場の荒れは手ており、労働災害が続出し」ており、会社の契約した病院での治療が労働者にとって不利益なもの、不満が多く、「労働者が労災や病気になっても安心してかかる病院をつくろうと、全労協に結集した労働組合と共産党、民主商工会、その他労組出身の社会党の市会議員とのあいだで話し合いがすすみました」⁵という。

当時を振り返って、須佐美八蔵は次のような手記を残している。「労働者を守るのに労災保険がある。それに事業家の都合で労災保険をかけるか、事業家個人の負担として。どこでも会社の契約した診療所の医者があって、情を通してそれと連絡をとりながら、労災

² 安田義（2018）『堅忍不拔－波乱の生涯 92 年』（自費出版）、103

³ 尼崎医療生協 30 周年編集委員会編（1979）『80 年代の医療をめざして』尼崎医療生協発行、34

⁴ 1949 年（昭和 24）8 月 19 日、尼崎の産別系鉄鋼 5 社・阪神電鉄・電産・旭硝子などを中心に結成された協議体。レッド・パージ、電産争議、大谷重工争議の敗北の過程で、その主導権が民同派に移行するにつれ脱退が相次ぎ、1951 年 1 月には鉄鋼関係労組と尼崎自由労働者組合のみとなった。翌 1952 年 10 月尼崎地方評議会の結成にともない発展解消。尼崎市立地域研究史料館（1996）『尼崎地域史辞典』尼崎市、29

⁵ 尼崎医療生協 30 周年編集委員会編（1979）前掲書、30

にすべきものでもそれにせず、労働者の健康保険のあつかいにする。ほんまは休んで静養せなならん状態でも「働ける」というように、かなり労働者が不利をこうむっていたわけや。そんなことではいかんというので、進歩的な労働組合といわれる全労協に参加しとるような鉄鋼を中心に電産やらの労働組合が、労働組合からも若干を負担するから、労働者の立場から病気を治す、できたらすすんで労働者が病気にかからんように医療機関が欲しい、という要求が盛り上がってきた」⁶という。この流れで差し押さえ中の病院を借りるために、「須佐美八蔵氏と前田英雄氏の二人が税務署と交渉し、「共産党が責任を持つから家賃3千円で使わせてほしい」と話し、税務署の了解を得たうえ、前田氏が持ち主と交渉して借りることができ」、後年買取契約を結び、「全労協はナニワ病院開設の200万円募金の決定をした」⁷という。

ナニワ病院開設には、尼崎の労働組合や政党、地域住民が、自らの病院をつくろうという運動をもとになったことがわかる。しかし、ナニワ病院は1950年3月末に火事で全焼、継続するか、しないの議論を経て、その後移転し1950年5月に「全労協ナニワ診療所」として再建した。折しも「電産の零号指令による労働組合の再編成とレッド・パージによって電産労組が大きく変化した」⁸ときだった。電産争議では、共産主義者の排除を支持、全労協は右傾化した。「共産党員とそのシンパを職場から追い出すレッド・パージがあり、尼崎でも関西電力、鉄鋼メーカー、学校といった現場から組合活動家は排除された」⁹のであった。労働界が分断され再編される中、ナニワ診療所は、全労協との絶縁声明（1950年10月末）を出し、「働くものの民主診療所を継続し発展さすには、労組などの再編のえいきょう（マ）から自分たちを守り、真に働く人々の医療機関に脱皮するする必要にせまられた」¹⁰のである。

ナニワ病院からナニワ診療所へ移行は、単に火事で全焼だけではなく、労働組合の分断をめぐる社会情勢の変化も大きく影響している。レッド・パージされた人たちを受け入れる雇用の場としてもナニワ診療所は役割を果たしたし、後続する民主診療所づくりにおいて、彼らは大きな役割を果たしてきた。東尼崎診療所もその一つである。

⁶ 須佐美八蔵（1979）「ナニワ病院の設立」尼崎医療生協30周年編集委員会編『80年代の医療をめざして』31-32

⁷ 尼崎医療生協30周年編集委員会編（1979）前掲書、30

⁸ 尼崎医療生協30周年編集委員会編（1979）前掲書、30

⁹ 安田義（2018）前掲書、103

¹⁰ 尼崎医療生協30周年編集委員会編（1979）前掲書、34

東尼崎診療所は1955年11月に設立された。この診療所は、積水化学による女子労働者への絆創膏強制テストによる健康被害への補償闘争に取り組んだ労働者や地域住民、長洲青年団が結成した「東尼崎生活と健康を守る会」の運動によってつくられた。「生活と健康を守る会」は、現在、全国的に生活保護利用者の支援団体として知られるが、当時の常光寺地域は、「町には失業者があふれ、労働者は病気になっても首をつなぐために無理をしてでも働かざるを得ず、住民は雨が降るたびに浸水に脅かされ、電気製品を使っている家庭はほとんどなく、天井もなく畳もない床にせんべい布団にくるまっている患者もあるといった貧しい状況」¹¹だったという。東尼崎診療所では、1961年に当時の事務長が診療所を私物化する事件もあった¹²が、事態を收拾して、地域の医療運動を形にする医療生協設立運動を進めていく地域となった。

このように労働組合、政党が地域住民や労働者の医療要求をもとに結実して、尼崎市内各地に診療所をつくっていくことになった¹³。1968年には「尼崎民医連6診療所」として老人健診で共闘戦線を確認し、翌年、尼崎老人問題協議会を全日本自由労働組合（以下、全日自労）尼崎支部ほかと結成し、老人医療費無料化運動をすすめた。

1960年代の大きな取り組みとし、生協法人の設立運動があげられる。東尼崎診療所では、「東尼崎医療互助会」（昭和38年5月）、後年に生協法人化して「東尼崎医療生協」（昭和44年7月）へ、長洲診療所、ナニワ診療所、そして本田診療所の大庄平和会は合併して「尼崎勤労者厚生協会」（昭和35年10月）に結成したが、のちに「（旧）尼崎医療生協」へ生協法人化（昭和44年9月）へと、民主医療運動の法人形態を担保するために生協法人化が進められた。これは全日本民医連における「民診の性格」議論へ呼応した形¹⁴になる。

安田義（2018）は、尼崎の特徴を「ないものは自分たちでつくる」と指摘する。つまり、医療生協、民主園（民間保育所）、老人福祉施設（喜楽苑）づくりなどは、すべて

¹¹ 尼崎医療生協30周年編集委員会編（1979）前掲書、54

¹² 安田義（2018）前掲書、105-110、および、谷川博信（1983）「民医連運動の発展はいつも順風満帆ではない 困難は人をつくり、人を鍛える」『民医連医療』No.135 を参照のこと

¹³ 本田診療所（生活と健康を守る会から大庄平和会）、長洲診療所（全日自労）、戸ノ内診療所（加島病院分院から。地域性の問題：旧特飲街、低所得者層が多く差別も。衛生状況悪く上下水道が完備されなかった）、東尼崎潮江診療所（分院として設立、日本触媒、共和レザーを中心とした労災職業病連絡会議を発足）など、各地で診療所づくりが加速した。

¹⁴ 全日本民医連第8回総会（1960年6月）での「民診の性格等についての分科会資料」である「今後の民主診療所の組織形態の方向について」では、生協法人が民主診療所の性格を担保する一方策として提示された。

「ないもの」を住民が運動で作りに上げてきたからである。

では、この民主的医療運動前史期で特徴的な運動やその成果を上げてみよう。

まず、何といっても、ナニワ診療所での全日自労尼崎分会組合員の 10 円掛け金による診療活動を契約し診療を開始、尼崎市から使用薬品を提供させたことである¹⁵。これは、全日自労とナニワ診療所とが、独自に日雇労働者どうしでの医療の支えあいの仕組みを具体的に確立したものである。翌年に尼崎市の条例である「失業対策事業就労者等の労働保険に関する条例」（1952 年 9 月）に結実する。健康保険に入れない人たちが多かった当時、日雇労働者に寄り添った対応は、民主医療運動の中心的な課題であった。1958 年、ナニワ診療所は、全日自労共済会館において出張診療を始めた。これは、現在の長洲診療所につながるもので、労働者への医療をいかに保障するかの実践であった。

生活保護利用者や低所得者に向けた医療保障の運動は、入院助産制度にも見ることができる。1968 年 8 月、兵庫県民生部と懇談し、さらに尼崎市と交渉して尼崎市内に入院助産制度適用を求める運動を進めた¹⁶。当時、ナニワ診療所が入院助産の適用となった。これは、後年に尼崎医療生協病院産婦人科に適用となって、生活困窮する妊産婦の砦ともなった（2020 年 3 月をもって尼崎医療生協病院産婦人科入院は休止となる入院助産制度も休止）。

また、子宮がん検診運動も、独自に運動として進めて後年に制度化されたものである。1973 年 11 月よりナニワ診療所でお産をした人を対象にスタートした。当時、保健所だけでの検診だったものが、医療生協が働きかけ、当該産婦人科で受診できる制度の必要性や無料検診を訴え（ナニワ診療所婦長等は議会関係者へ趣旨説明も）、1981 年に尼崎市の制度として子宮がん検診制度が実現したのである。

1960 年代以降、尼崎は、全国的にも「公害の街」として有名となった。国道 43 号線沿線や尼崎南部の港湾地域では大気汚染がひどく、健康被害も多かった。「茶褐色の風景」などというように、日常的に大気汚染がすさまじかったのである。各診療所や地域では、公害患者会や公害患者家族の会を結成して、健康被害を抱える公害患者の支援を行った。例えば、南杭瀬地域等での第 1 回公害実態調査（1970 年 6 月）をはじめ、尼崎公害患者

¹⁵ 尼崎医療生協 30 周年編集委員会編（1979）前掲書、12、および、伊地知歌子（1979）「尼崎市労働保険を作った頃」『80 年代の医療をめざして』39-40 を参照。その後、尼崎市は「失業対策事業就労者等の労働保険に関する条例」（1952 年 9 月 1 日）を制定した。

¹⁶ 尼崎医療生活協同組合 40 年誌編集委員会（1989）『90 年代の医療をめざして—尼崎医療生協の 40 年—』尼崎医療生協発行、40

家族の会長洲支部（1972年6月）、東尼崎診療所公害患者会発足（1972年7月）、東尼崎公害患者家族の会結成（1971年9月）等をすすめ、尼崎大気汚染公害訴訟（1988年）では患者会側を支えて裁判での医師の証言等も行った。日常診療において公害患者と接点が非常に多かったのである。

老人検診運動から老人医療無料運動については、1966年に戸ノ内診療所で老人検診実施、1968年には尼崎民医連で老人検診共闘は、述べたとおりである。また全日自労と尼崎民医連とが協議し、失対労働者の健康実態調査（560人）を実施、ほとんどの老人が病気を持っていることを公表した。ここから老人医療無料化運動を展開したのである。1971年10月には、尼崎市老人医療費75歳以上無料化、1972年4月には所得制限解除、1972年9月には70歳以上に適用拡大、さらに1972年10月には日雇健康保険給付満了者に老人医療を適用、1973年8月には65歳以上に適用拡大したのだった。

このように、前史期において1950年代の「10円掛け保険」にはじまり、1960年代の老人医療無料化運動など、全日自労などの労働者組織とともに、医療要求をくみ取り、独自に事業をとおしての具体的対応、さらに運動として制度化を求める流れがいくつも散見できる。また、公害患者支援も各診療所で進められたのも特徴である。ここからは民主医療運動としての「尼医生協」¹⁷の運動の足跡を確認できるのである。だが、この時代はあくまでも「社保闘争の組織としての尼医生協」であり、運動の基軸となるのは民医連運動であり、民医連綱領であった。つまり、「民医連運動＝医療生協」であり、形態としての生協法人であって、生協が持つ組織的特徴を活かしきれていない時代であったとも言えるだろう。「民主医療運動としての医生協」¹⁸と表現しておく。医生協という名前の民医連組織といった方が良いかもしれない。

②民主医療運動期

この時期は、1974年の尼崎医療生協として三法人が合併し、医療生協としての第一次長期に至る1996年ころまでを位置づける。この時期は、いわば「民主医療運動としての医生協」の限界に自覚を持つ時期である。また「医療を受け民主医療機関を支持し支援す

¹⁷ 医療生協を略して「医生協」と呼ばれるが、尼崎医療生協の場合「尼医生協」の名で呼ばれた。

¹⁸ 医療生協ではなく「医生協」とするのは、医療生協運動ではない民主医療運動の延長上の運動体の名称として位置づけておく。

る組織から、民主的地域医療と健康管理活動をつくり推進する組織へと強化」¹⁹される共同組織（組合員活動）を目指した「民主医療運動としての医生協」の確立とともに、医生協としての医療生協の限界も自覚できるに至った時期とも言える。

1974年、戸ノ内互助組合、東尼崎医療生協、尼崎医療生協の三法人は合併して新生「尼崎医療生協」としてスタートすることになった。これまでの「尼崎民医連6診療所」は、新制・尼崎医療生協のもとでそれぞれの地域で事業と運動を展開することとなった。

1977年、尼崎医療生協は、地域の民主団体とともに尼崎医療問題懇談会を結成し、「地域医療の確立と医療保障拡充に関する要求書」を尼崎市長に提出した。これは、各診療所が独自に行っていた訪問看護の制度化を求めたものであった。懇談会は市との交渉を進め、1981年には市政方針に訪問看護が位置づけられ、1981年11月には尼崎市独自の制度になった。これは、国が老人訪問看護制度を老人保険法改正によって1991年3月に制度化するより10年も早く独自に制度化したもののだが、尼崎医療生協をはじめとした医療運動の成果である²⁰。

このように老人医療充実、公害患者支援などの民主医療運動を進めながら、合併後の悲願は尼崎医療生協の「センター病院」の建設であった。1976年2月から長期計画委員会が8回の議論を行い、医療生協の任務²¹を確認し、「(1) 現在の各診療所を地域における一次機能の典型としてさらに発展させること、(2) この診療所群の機能を更に発展させる要として、また、患者・組合員からの強い要望にこたえるためにも二次医療を行うセンター病院を早急につくりあげること、(3) 病院の規模については、当面100床、さらに長期的には200床以上の病院を想定する」²²という提案を理事会に示し、理事会はセンター病院の用地確保に急いだ。そして「その年の6、7月のわずか2ヵ月に間に8,000万円をこえる出資金をはじめとした建設資金が多く組合員から拠出されるなど、建設運動への大きな高まりを見せた」のである²³。1978年8月に病院建設用地の取得にこぎつけ、同年

¹⁹ 40年誌編集委員会（1989）前掲書、15

²⁰ 40年誌編集委員会（1989）前掲書、20

²¹ 40年誌編集委員会（1989）前掲書、16。5つの項目とあるが4つの項目しかない。おそらく4つの間違いである。

²² 1978年1月17日理事会において長期計画委員会「センター病院建設に向けて「尼崎医療生協長期計画案」を答申。

²³ 土地取得後に現地対策センターとして南武庫之荘事務所と建設推進事務局が設置となり、地元住民による病院建設反対運動などとも向き合うことになった。南武庫之荘事務所所長であった谷岡元武は、病院建設反対同盟との交渉、「地域の一部で地元共産党の拠点病院をつくるのを許すのかと相当厳しい意見が出ているとのうわさもあった」など、「病院建設予定地周辺では、部落解放運動の在り方をめぐって、複雑で厳しい雰囲気が残っている時期で緊張した赴任であった」と回顧する。そこで支えになった

10月の臨時総代会において病院建設計画²⁴を確認した。病院建設には地域住民との対話、組合員拡大などの問題にも直面しながら、1981年3月1日の開院へつながった。三法人が合併した6年間で医療生協の組織強化は、合併直後から組合員3.4倍となって1万組合員を超え、出資金では1億3千万円を超える8.3倍となったという。センター病院づくりの取り組みは「何ものにもかえることができないわたしたちの宝」²⁵になったのである。

1981年通常総代会では「組織強化5ヵ年計画」を掲げている。「住民の保健要求に基づいた自主的な保健活動を地域に定着させることが医療生協の課題で、医療生協はその課題をやりぬく班と支部、保健学習と健康チェックの組織と方法を持ってい」るので、「5ヵ年計画で地域住民の中に網の目のように班を作り、保健活動を進める班活動作りが、5ヵ年計画の重要な柱」²⁶と提起する。この中で「組合員の拡大と増資活動について」という「職員の活動」が項を設けて記載がある。ここには「各部署の対象・任務を明確に」「出資金と経営について組合員に話せるように学習を強める」²⁷とある。当時、医療生協の職員組合員という視点はなく、地域住民の自主的な保健活動を支援する担当部署としての組織部（組合員活動部）であったことがわかる。

このように、自主的な保健活動、社会保障・平和運動を推進する医療運動団体としての「医生協」の形が見えてくる。ここには、生協というものの、生協運動が前面に出るのではなく、あくまでも班を中心とした自主的保健活動が主役という側面が強い。1980年代後半に大店法改正等に関わる生協規制では、生協規制反対中央集会に結集しているが、それは、医療生協規制としての平和や社会保障運動への反対意思表示が強かったからである。「第一次長計」が示した議論からも明らかであった。

ア) 第一次長計（1989～1993）

第一次長計は、1989年5月の通常総代会で確認された長期計画である。「住民の健康・医療を守る第一次五ヵ年計画」と題した長計は、1989年から1993年の5ヵ年の計画である。1989年には2万組合員を擁する医療生協となり、尼崎市内でも有数の医療機関となっ

のが、全日自労守部支部が全員医療生協組合員に加入したこと、民主商工会、生活と健康を守る会、教職員組合などの地域の民主団体をはじめ、朝鮮総連尼崎西支部や尼崎朝鮮初中級学校関係者が、組合員運動の組織化によるところが大きかったという。40年誌編集委員会（1989）前掲書、85-90

²⁴ 40年誌編集委員会（1989）前掲書、15

²⁵ 1981年度通常総代会資料より

²⁶ 1981年度通常総代会資料「組織強化5ヵ年計画」7-12

²⁷ 1981年度通常総代会資料「組織強化5ヵ年計画」8-9

ていた。

長計策定は「民医連運動の新たな前進を切り開くための先駆的なたたかいの性格を有する組合員、住民をはじめとする下からの民主的地域医療ネットワークづくりの運動の一環として位置づけられねばならない」といい、「広く職員と地域の組合員の参加を得る事が重要」として「みんなでつくるみんなの長計をスローガンとして掲げ」、「専従職員としての私達が意識してその事（＊組合員が長計策定に参画すること：筆者）を保障していかなければならない」²⁸と長計の基本的考え方を示している。

第一次長計での特徴的な点をいくつか列挙しておこう。例えば、〔診療所の目標〕患者・組合員・地域住民と共に地域の民主勢力と共同し地域の革新を目指す民主諸勢力の拠点に、〔医療活動〕患者との共同で生活破壊・受診抑制とどうたたかうかの視点が必要、〔地域保健医療活動〕生活破壊のなか、医療・福祉・くらしなどの相談活動が重要でありその拠点としての役割、住民要求や医療・福祉・くらしの充実の運動の拠点としての活動の強化が必要、などがある²⁹のだが、これらは「民主医療運動として医生協」という性格を示すものである。また、「民医連運動は、日常の活動を通じて医療を民主的につくりかえ、地域から働くものの立場に立った健康づくりの実践と運動を拓げることと、誰でも安心して良い医療を権利として受けられる諸制度を実現していくこと」³⁰、「民医連方針の具体的実践の中で生協との正しい結合を計り（マ）、職員の役割とかわりの実践的追及（マ）が求められている」など³¹は、民医連運動の主体としての医生協であって、生協運動としての内実を示していない。組織活動として「組合員拡大、増資活動、機関紙配達協力者の組織」³²とともに「保健活動、社会保障闘争・平和を守る活動等」³³が医生協の取り組む課題であって、内実は民医連運動の実践を示すものであった。

医生協は、単に生協法人としての医療生協であって、運動は生協運動というよりも、民

²⁸ 「尼崎医療生活協同組合長期計画（案）住民の健康・医療を守る第一次五ヵ年計画（1989年～1993年）」、4

²⁹ 「尼崎医療生活協同組合長期計画（案）住民の健康・医療を守る第一次五ヵ年計画（1989年～1993年）」、7-11

³⁰ 「尼崎医療生活協同組合長期計画（案）住民の健康・医療を守る第一次五ヵ年計画（1989年～1993年）」、11

³¹ 「尼崎医療生活協同組合長期計画（案）住民の健康・医療を守る第一次五ヵ年計画（1989年～1993年）」、11

³² 「尼崎医療生活協同組合長期計画（案）住民の健康・医療を守る第一次五ヵ年計画（1989年～1993年）」、19

³³ 「尼崎医療生活協同組合長期計画（案）住民の健康・医療を守る第一次五ヵ年計画（1989年～1993年）」、19

主医療運動の延長上にある民医連運動をそのままにして位置づけた形である。職員組合員という視点はここにはなく、組合員と職員との区分けをし、社会保障闘争などでの前衛としての「専従職員」の役割を見出すに過ぎなかったのである。それは人事政策において「事務系の役割：事務長は「民主運営の要」「地域医療変革の拠点の事務局長」の役割」³⁴が良い例である。

こうした尼崎医療生協の「民主医療運動としての医生協」の限界点を指摘したのが篠崎次男である。尼崎医療生協では、尼崎医療生協病院の4階積み上げ2・3階西側増床による66床増床計画が作成され、兵庫県の増床許可を求めて10万人の署名運動に取り組んだ。病院地域の組合員を1日で2000件訪問して協力を得るなどの精力的な運動を進め、兵庫県より増床許可を得た上で、兵庫民医連と日生協医療部会のそれぞれから事業計画の検討、審査・診断が行われた。日生協医療部会事務局長であった篠崎次男による「尼崎医療生協の組織・組合員活動の現状と当面の改善について」（1993年10月15日）では、「率直に言って組合員活動の追求という方針や視点が極めて希薄で、院所利用患者を職員が増資と組合員拡大の対象としてのみ働きかけを行う、といった状況下にあるように思います」といい、「組合員そのものを対象にした課題設定や呼びかけ、総括等が実践される体制にはない」と指摘する。さらに「組合員をどのように見ているのか、その視点に問題がありそうです。院所を支える者、院所の呼びかけに応える者。ただそれだけで、組合員として見ていないように思います。まず、視点、医療生協とは『地域の人々が、それぞれの健康・医療と暮らしに関わる問題を持ち寄り、組織をつくり、医療機関を持ち、運営し、それらを通じて、その医療機関に働く役職員、医師をはじめとした医療専門家との協同によって、問題解決のために運動する、生協法に基づく住民組織』の正確な理解が求められているように思います」と、医療生協の組織的特徴の正確な理解を求めたのである。

篠崎次男が辛辣であったのは、尼崎医療生協組織部には、組合員を組織する視点も仕事もない、との指弾であった。組織部の位置づけの明確化、支部活動活性化に向けた組織部の役割などを指摘しながら、「生協組織への信頼を基本とした活動づくりに徹すべき」であり、「院所後援会から本格的な生協への質的転換を、総力をあげて取り組まれるよう要請いたします」と結んでいる。

尼崎医療生協は、生協と名乗りながら、生協の特徴を活かすことなく民主医療運動の

³⁴ 「尼崎医療生活協同組合長期計画（案）住民の健康・医療を守る第一次五ヵ年計画（1989年～1993年）」、21

延長上でしかなかった。それは第一次長計にある民医連運動を基軸にした運動づくりからも明らかである。つまり、社保闘争をはじめとした「日常の活動を通じて医療を民主的に作りかえ、地域から働くものの立場に立った健康づくりの実践と運動を拡げること」にあるように、「地域住民とともに」といいつつも、地域住民であり組合員でもある共同組織のメンバーが、運動を進める中心になることを微妙に避けていたのである。生協運動は、組合員が組織の運動の中軸に位置するが、民主医療運動における住民の立ち位置は非専門職である住民が運動の中軸になれきれない。そこを篠崎次男は的確に指摘したのである。これに正面から向き合って「医療生協らしく」を打ち出したのが、1996年以降の医療生協運動期となる。

③医療生協運動期

第二次長計（1996）から今日に至るまでの「医療生協らしく」へのこだわりを持って、民主医療運動を医療生協運動として組み立て直して、医療生協運動を追求する過程としても位置づけられる。つまり「院所後援会から本格的な生協への質的転換」³⁵である。

第一次長計では、民医連運動という文言は随所にみられたが、医療生協運動という文言は一つもなかった。しかし第二次長計では「医療生協運動」がいくつも登場する。「医療生協らしく」という言葉は、篠崎次男の指摘した医療生協の定義とともに、生協組織への信頼を置いた組合員中心の組織づくりを志向したのだった。

イ）第二次長計（1996～2000）

1996年1月、「第一次5ヵ年計画のまとめ及び第2次長期計画案」を論議する臨時総代会を開催し、さらに同年11月、「第二次5ヵ年計画・参加と協同による健康で明るいまちづくり・医療生協らしく変わろう」を議論し決定する臨時総代会を開いた。「医療生協の生命といわれる「班づくり」や健康チェックなどの班活動活性化の課題は、第一次長計の中で不十分すぎる取り組みに終止し、現在の尼崎医療生協の最大の弱点として残されている」と指摘、尼崎医療生協第二次5ヵ年計画のコンセプトとして、「1. キーワードが『医療生協らしく』、2. 相対的重点として以下の3つの課題を掲げる。①班を基礎にした組合員の自主的な健康チェックと、健診を二つの柱とする保健予防活動で飛躍を目指す。②そのために

³⁵ 篠崎次男（日生協医療部会事務局長）・重光新一（高知医療生協専務理事）「尼崎医療生協の組織・組合員活動の現状と当面の改善について」（1993年10月15日）より

も班づくりを、すべてに優先する最重点課題として明確に位置づける。③国民的課題となりつつある、高齢者の医療と福祉分野における尼崎医療生協の事業展開の方向を、その理念とともに大胆に打ち出す」とする案を出した³⁶。

第二次5ヵ年計画のコンセプトは、第一次長計「住民の健康・医療を守る」とは、大きく打ち出しが変化している。結果として「住民の健康・医療を守る」と同じ方向ではあるが、医療生協の組織的特徴である地域組合員に大きく依拠しての運動方針の組み立てである。なによりも、生協組織への基本的信頼を前面に打ち出した形は、第一次長計と大きく異なる。第一次長計は、「民主医療運動としての医生協」であったが、第二次長計以降は、「医療生協運動」しての医療生協の事業と運動の長期計画を策定している。ここで第二次長計のポイントを整理しておく。

なによりも、第一次長計では見られなかった「医療生協運動」という言葉の多用である。これは、民医連運動が医療生協運動として再定義されたと解釈できる。例えば、「出資・利用・運営参加」の三位一体の基本原則を運動に位置づけることで、仲間増やしや増資が医療生協運動として定着していったのではその一例である。その文脈で、メインテーマを「参加と協同による明るいまちづくり」を解題すれば、地域組合員が自主的に医療生協の班活動等を通じて地域づくり、まちづくりに参画することが医療生協運動となる。これは、第一次長計の社保闘争のようなテーマとは、まったく異なる打ち出しである。「組合員が主人公」は班や支部などでの地域活動とともに医療の場での「医療生協の患者の権利章典」(1991)などの実践が、それを後押するものとなっている。

「方針案として、1. 患者の権利章典の実践をさらに進めましょう、2. 健康なまちづくりへ、医療生協の保健医療活動に本格的に取り組ましましょう、3. 医療生協らしい第一線医療の確立に取り組めます、4. 高齢者が生きがいをもって生活できる尼崎をめざして」があげられているが、生協組織としてのまちづくりの視点が鮮明となっているのが大きな特徴である。組合員を「院所を支える、院所の呼びかけにこたえる、協力を要請するだけの対象」としてではなく、文字通り、組合員自身の活動とする。組織担当者は、医療生協運動の要としての役割が明確になった。さらに「医療生協の組織的特徴である『地域の人々が、それぞれの健康・医療とくらしに関わる問題を持ち寄り、組織をつくり、医療機関を持ち、運営し、それらを通じて、その医療機関に働く役職員、医師をはじめとした医療専門家との協

³⁶ 尼崎医療生活協同組合長期計画委員会「尼崎医療生活協同組合第二次5ヵ年計画案 参加と協同による健康で明るいまちづくり」(1996年10月24日)

同によって、問題解決のために運動をする、生協法に基づく住民組織』の学習による正確な理解が必要」であり、「医療生協の組織強化と活動スタイルの転換をめざす運動に、職員組合員として大いに奮闘しましょう」と職員を職員組合員として位置づけて呼びかける。

第二次長計では、「支部を単位に明るいまちづくり、班を基礎に暮らしの協同を」と呼びかけながら、これまで大切にしてきた民主医療運動の側面である、国民の権利にふさわしい社会保障づくりと平和、民主主義を守る運動を継承しながら、「事業は継続できても、医療生協・民医連として存在できるのか」という問題意識を持ちながら、職員組合員への働きかけも忘れていない。

第二次長計は、篠崎次男の辛辣な指摘が活かされ、「民主医療運動としての医生活協」から「医療生協運動」を担う尼崎医療生協というスタンスを確立させるスタートラインになったとして解釈できる。

ウ) 第三次長計（2001～2005）

第三次長計は、2001年1月の臨時総代会で第一次案が論議され、同年5月の通常総代会で継続して論議を深め、2002年5月の通常総代会で確認された。2001年から2002年にかけて、第三次長計論議とともに、特別養護老人ホーム建設を視野に入れた医療生協による社会福祉法人設立が臨時総代会で議決された。

第三次長計では、第二次長計と到達として、組合員自身による健康チェックの定着と「組織のあり方と運営の改善」（1997年度）から組合員中心の意思決定と運営スタイルに改善し、組織活動委員会（全非常勤理事）を、専門委員会を統括する特別な委員会として位置づけて運営するなどの方向が確立し、2000年度には、4万組合員、出資金11億円を擁する医療生協となったこと、社保活動については、医療生協職員が事務局長を担う尼崎社会保障推進協議会、尼崎民主市政の会、尼崎高齢者運動連絡会、震災復興市民会議などで中核を担うなどの役割を果たすなどがあった。

第三次長計では、メインテーマとして、①安心と助け合い（協同）のまちづくり、②人権の尊重を最優先に、患者の権利章典を具体化・実践をあげ、特に医療生協の基本的理念について整理する。つまり「生活協同組合は『事業を通じて要求を実現する自発的協同組織』であり、その原則は『組合員への最大奉仕』と『非営利』です。この原則をつらぬくためには、』組合員がお客様ではなく、主権者として事業と運動の中心に位置づけられることが何よりも重要です。だからこそ、生活協同組合は組合員の学ぶ活動を何よりも重視し、

組合員参加の広がりを目指しているのです」といい、「組織活動における5ヵ年計画実践にあたっては、医療生協の事業と運動への参加と協同を通じて、組合員の自治を高めていくことを最重点とします」として、①安心してらせるまちづくりへの貢献、②組合員参加を保障する支部づくり、③想像する支部活動への転換、④班づくりと自主的班の育成、⑤組合員の自治が保障されるしくみづくり、⑥事業所の役割（保健とくらしのセンター）、⑦組織部の役割（「与え、頼られる」から「はぐくみ、一歩先を見る」へ）を提示する。また、社保活動についても、要求運動だけではなくまちづくり・提案型の新しい社保平和活動を打ち出す提案となった³⁷。

第三次長計は、第二次長計において残された課題を整理し、生協組織としての医療生協を前面に出して、「事業と運動」という文言を使って医療生協を位置づけていく。さらに、第二次長計で盛り込めなかった「自治」を支部活動に盛り込み、「支部は医療生協の理事会と組合員を結び、また住民自治の場、地域の顔として、総代会方針にもとづき、目標と方針を自己決定して活動をすすめます」と定義し、「事業と運動への参加と協同を通じて、組合員の自治の力を高めよう」³⁸と呼びかけたのである。

第三次長計のベースになったと思われるのが、日生協医療部会幹部学校における日野秀逸の講義である（1999年6月）³⁹。そこで日野秀逸は、協同組合の歴史的成立過程とともに医療生協の特殊性を整理しながら、民医連内にみられた「医療生協＝改良主義」という偏向した見方を再整理して、科学的社会主義にもとづいたマルクス・エンゲルスの協同組合論に関心を持つべきであると主張した。これまで民主医療運動としての民医連は、生協組織への関心を大衆所有の一方策としての位置以上に捉えることはなかった。それは尼崎医療生協運動史でも同様である。しかし、日野秀逸による医療生協論への着眼点は、民医連医療とともに、生協組織としての優位性をマルクス・エンゲルスの協同組合論を再整理から見出したことにある。改良主義ではなく、本道として民医連運動を切り拓く前衛としての立ち位置を確認したのである。協同組合は、修正主義ではなく、マルクスのいう国家としての社会主義でもなく、コモンを志向するものであったことは、最近の研究成果⁴⁰からも明らかにされつつある。こうした日野秀逸による医療生協論が、尼崎医療生協の生協

³⁷ 「尼崎医療生活協同組合第三次5ヵ年計画（2001～2005）」（2002年6月30日）、18-24

³⁸ 「尼崎医療生活協同組合第三次5ヵ年計画（2001～2005）」（2002年6月30日）、18-24

³⁹ 日生協医療部会幹部学校（1999年6月10日）講義メモ（福島哲（2021）「尼崎医療生活協同組合の歩み（前編1989～2004）」47-49）

⁴⁰ 斎藤幸平（2020）『人新世の「資本論」』集英社新書、ほか参照のこと

組織としての位置を確信に変えるものとなった。

全日本民医連創立 50 周年記念講演（2003）において日野秀逸は、民医連が生活を重視してきた歴史を振り返りながら、福祉国家を再整理してその弱点をあげ、新たな福祉国家をめざすたたかいとして、運動と生活の問題・社会保障との対峙について「古い福祉国家の弱点の多くは、非営利・協同組織によって克服が可能である」⁴¹と指摘している。

エ）まちづくり型の 4 つの建設運動・住みよさ日本一への挑戦（2005～2008）

第三次長計の「将来の夢」から現実課題へとするものとなったのが、「まちづくり型の 4 つの建設運動」であった。これは、特別養護老人ホーム建設、病院建設、老人保健施設建設、歯科移転建設の 4 つの施設拡大を 3 年でやり遂げようとするものである。「チャンス・チャレンジ・チェンジ大運動」と名付けられた。2005 年 2 月の臨時総代会で、「尼崎の地に、その人らしい生活ができる特別養護老人ホームを実現させましょう（第 1 号議案）、尼崎医療生協病院の新築計画を、組合員と職員の総力を集めて進めよう（第 2 号議案）」が議決され、地域組合員からの建設計画に大きな期待を実感させられる総代会となった。この大運動は、①新病院建設の用地取得ができたことと、白井市政のもとで尼崎市特養整備法人予定者に医療生協がつくった社会福祉法人が繰り上げ当選したという好機、②医療生協の地域組合員と職員組合員とが持ち得る総力をあげて一大事業に臨もうという挑戦、③「安心と助け合いのまちづくり」を掲げる、まちづくり型の建設運動を通じた医療生協組織の変革という 3 つの大運動である。

これは、まちづくり型の建設運動として全日本民医連経営委員長会議で紹介され注目も集めた。しかし、なによりも、4 つの大型建設を 3 年以内にやり遂げることができるのか、財務面での心配が上部団体等から寄せられていたという。そこでとりかかったのが、建設運動成功に向けて尼崎医療生協オリジナル通信教育「1200 人の学びの輪」方針を打ち出し、学習運動を旺盛に進めることで、「医療生協とは何か」を再確認しながら、尼崎医療生協の組織の質的強化に大きく貢献したことである。特養建設 1 億円の寄付運動は、2005 年 7 月には目標額を突破し、2005 年 7 月理事会において「3 年で 10 億円」を目標とする増資運動に切り替え、2008 年 8 月の生協歯科竣工式には、10 億円を超えた。10 億円の出資金運動は、特に地域組合員の意識を大きく変化させた。

⁴¹ 日野秀逸（2003）「今後の医療福祉のあり方と民医連への期待…生活と協同の視点から」全日本民医連創立 50 周年記念講演資料、3-5

地域組合員の永井堯は、「人を組織するには、3つやっておかなくてはいけないものがある。1つ目はやろうとする課題を理論的に組み立てておくこと。目的、目標を見核にすることです。2つ目はこれをいかに徹底するかだけ、ニュースの発行が重要です。いい考えは知らせなくては広がらない。3つ目は、全員に知らせながら、突破口をつくることです」⁴²と、地域組合員が医療生協運動の中軸を担う「組合員をコーディネートした組合員という立場で運動を進めた。そうした地域組合員による呼びかけは、地域組合員を動かした。当時支部運営委員であった永尾あけみは、「今の取り組みに物足りなさを感じ、自分の意見で何かを立ち上げなければ何も残らない。何か残したいという思いを持っていた矢先の医療生協の運営委員会。何かを感じました。地域で寂れていく盆踊りを再び興し、その内から医療生協を多くの人に知っていただき、利用・参加・加入・出資・積立増資とつなぐことができれば。できるかな？と思いつつ走り続けました」⁴³と振り返る。永尾あけみは、多発性食道がんの再発で落ち込み、町会や敬老会に参加しながらも、そこでの取り組みの物足りなさを感じていたというが、町会や敬老会にはない「組合員が主人公」という感覚を医療生協運動に見出したのである。医療生協への参加が、地域のまちづくりへの貢献という視点も、これらからは見出せる。つまり、医療や福祉・介護の施設は地域住民にとって公益的な地域ニーズの形となる。それらを医療生協運動によって地域組合員が主人公になって施設の設計や運営への参画し、さらに地域組合員による地域活動・支部活動がリンクすることは、まさに「まちづくり運動」としての類型の一つの提示となる。

こうした医療生協運動が、これまでの要求突き付け型の社会保障闘争という形から、医療生協の事業が地域においてどんな役割をもつのか、さらに医療生協の組合員活動である運動が地域社会でどのような位置にあるのか、それらは「まちづくり」という視点で統合した形として再定義されることとなったと指摘できるのである。

オ) 生協法人で初の無料低額診療事業の実践

尼崎医療生協運動史において、これまで10円掛け保険から訪問看護や子宮がん検診制度など、住民の健康からの要求を運動化し、制度につなげてきた。無料低額診療事業の実践も、その運動による制度化の一つである⁴⁴。無料低額診療事業は、社会福祉法に基づい

⁴² 堤匠（2009）「尼崎医療生協の「安心と助け合いのまちづくり」への挑戦—10億円に込められた思いがめざす「かたち」とは—」『日本生協連医療部会50周年記念論文優秀作品集』コープ出版、195

⁴³ 堤匠（2009）前掲書、197-198

⁴⁴ 第4章に医療生協の無料低額診療事業の実践や意義は収載している。

た医療費減免制度である。これまで済生会をはじめとした社会福祉法人立病院等の限られた医療機関においてのみ実施されてきた制度であった。

2008年2月、尼崎医療生協は、全日本民医連総会において「無料低額診療事業を全国で実施しよう」の呼びかけに応じようとするも、兵庫県は「無料低額診療事業は抑制すべし」との国の方針があるので医療生協が実施できないと返したという。しかし、地域の実情を知る医療生協が粘り強く交渉、国会での質問主意書により状況は変化、生協法人として初めて無料低額診療事業を実施するに至ったのである。これまで生活困窮者、低所得者への医療をどう保障するかで四苦八苦してきた尼崎医療生協だからこそ、無料低額診療事業の実施にこだわった対応ができたのである。これは、尼崎医療生協が持っている「ないものはつくる」を今日的に実践したものに他ならない。こうした精神を先人から受け継ぎながら事業と運動を進めてきたからこそその視点である。生協法人による無料低額診療事業の実施は、ここを起点に一気に全国的に広がった。

2009年3月の尼崎医療生協の実施をはじめとして、庄内医療生協（現在の医療福祉生協やまがた）、沖縄医療生協ほか、全国の医療生協組織が地域の生活困窮者への医療保障に向けた実践を進めている。こうした画期をつくったのが尼崎医療生協であることも、尼崎医療生協運動史の特筆すべき点でもある。

カ）東日本大震災救援復興支援活動

2011年3月11日、東北地方でマグニチュード9.0という巨大地震が発生し、大津波によって東北地方の沿岸部は壊滅的な被害を受けた。さらに東京電力福島原発では地震と大津波によって原子炉が溶解し放射性物質が流出し、近隣自治体では避難を余儀なくされた。大地震、巨大津波、原発事故という大災害に、尼崎医療生協は、全日本民医連や医療福祉生協連などの上部団体とともに救援活動に応じて医療介護の専門職をはじめとした職員を派遣したのである。転機となったのが、2011年4月のみやぎ県南医療生協への視察だったという。

みやぎ県南医療生協の定款地域である宮城県山元町での被災状況と救援活動の停滞に、尼崎医療生協は、独自に近畿ブロックに呼びかけて生活支援活動を組織化した。山元町が定款地域となっているみやぎ県南医療生協を支援する形で、山元町の組合員訪問から地域訪問へ、さらに山元町の社会福祉協議会や地域活動団体との連携を強めながら、生活支援活動を行った。ここで特筆すべきことは、被災地支援における外部支援者のあり方を検討

しながら、みやぎ県南医療生協とともに山元町の組合員による医療生協の班づくり、支部づくりにつなげていったことである。

杉山貴士（2016）は、尼崎医療生協の被災地支援活動をアクションリサーチと位置づける「医療生協による被災地支援活動と「地域コミュニティの再生」の試み」として検証した。尼崎医療生協等による「外部支援者である生活協同組合による被災住民への生活支援活動は、生活協同組合らしい住民どうしのつながりを促し、「地域コミュニティの再生」に向けた大きな結節点とならないか。班づくりや支部建設に向けた動きは、自主的な地域活動への萌芽となるのではないか」という仮説を設定して、その経過を検証した。医療生協による 2011 年 4 月から始まる支援活動を区分して、それぞれの活動の特徴をあげながら検証を試みた。その区分から見えてきた、①被災地支援における外部支援者の役割、②災害ボランティアのあり方、③復興の目標共有と被災地支援ツールとしての「医療生協の班づくり」をそれぞれ分析したのである。

特に、③では医療生協の班づくり実践が、結果として、地域コミュニティ再生に向けた道筋を、被災住民と外部支援者である県南医療生協や近畿ブロック・近畿事務局とで見出した。つまり、当初の目標相違から、医療生協の班を基軸において地域福祉を捉えることで、地域コミュニティ再生という具体的な目標の共有化を果たす。班が地域の顔としての役割を果たし、これからの地域活動においても不可欠ではないかとの視座を示した。「班」の活用による地域社会の拠点づくりは大きな発見だった。班が自治会組織の代替機能を果たしたこと、自治会再建に向けても大きな働きをした。浅井純二（2010）が「外からの支援活動によって内発性が発揮され、地域社会のつながりを高める」と指摘するように、「対象」と「組織者・活動主体」の相互関係を見ていくと、外部支援者による医療生協の班をもとに、地域社会の協同を顕在化させた住民主体の運動へと形を変え、班を活用して、住民主体で地域の復旧復興を進める基盤をつくったといえる。外部支援者である常駐者は、みやぎ県南医療生協組合員とともに「組織」を提示し、計画化と実行を促進させた」のである。医療生協の班は、地域福祉の一端を担う社会資源になりうる。これは、医療生協の班である「いちご班」でのさまざまな活動からもその萌芽が見出せるとまとめている。

現地の宮城県山元町のみやぎ県南医療生協の組織化することで、被災地である山元町の復興とともに、まちづくりとして機能した医療生協運動の一端を示すものとなったが、尼崎医療生協の内部においても、被災地支援を継続させる意義を地域組合員、職員組合員がともに認識していたからこそその対応であった。尼崎医療生協からは、組合員活動部担当管

理者が半年以上も尼崎を離れて現地事務所に詰めて、みやぎ県南医療生協の組織活動に従ったなどは、単に医療と介護事業を行う組織では成しえない対応である。そうしたことができたのも、尼崎医療生協が医療生協としての組織的特徴や社会的役割を十分認識していたからである。

山元町の組合員が話していた「結局、最後まで支援活動に来てくれたのは、宗教と生協」と言われたように、天理教や真言宗、キリスト教とともに医療生協や生協が復興やまちづくりの生活支援に入ったのであった。尼崎医療生協の被災地支援活動は、医療生協が歴史的に培ってきた組織的特徴を発揮し、それらは被災地支援だけではなく、尼崎医療生協の組合員が自身の行ってきた組合員活動、医療生協運動へ大きな確信を持つことができるものとして位置づけられる。

④歴史的区分から見出せる運動とその成果

尼崎医療生協運動史を概観すると、「民主医療運動前史⇒民主医療運動期⇒医療生協運動期」という段階を経ていると考えられる。

民主医療運動前史期には、戦後の荒廃した社会情勢の中で生活苦を抱える労働者をはじめとした低所得者層への医療保障を志向した「自分たちの医療機関をつくろう」がベースとなっていた。当時、国民皆保険体制以前であって、医療を受けるにもお金のことをどうしても考えざるを得なかった。地域で住民や労働者たちが一体となって民主医療運動を組織して、民主医療組織として地域に診療所をつくっていった。民主医療組織として大衆所有への志向が生協法人の設立であった。

「民主医療運動としての医生協」として、前史では民主医療の担い手としての法人形態としての生協法人化が図られたことと、民主医療運動がさまざまな医療要求を運動として具体化をはかっていたことが特徴である。東尼崎医療互助組合や尼崎勤労者厚生協会がそれぞれ生協法人設立へ動いたのは、まさに大衆所有としての民主医療運動団体への担保というべきものであった。

しかし課題が残っていた。東尼崎医療生協と（旧）尼崎医療生協らが合併して尼崎医療生協となったが、それは「民主医療運動としての医生協」であって、生協組織の特徴を活かしたものと言えるものではなかった。「民主医療運動としての医生協」は、単に生協法人化という形だけに留まったということである。これは、粕川實則（2009）が「私たちの医療生協の活動スタイルというのは、96年頃までは、社会保障制度の改善や生活環境

の整備などのいわゆる社保闘争といわれる運動、環境改善の運動に力点をおく、あるいは組合員さんに健康についての理解を求めながらの組織拡大に重点を注いできました」⁴⁵と
いうように、1996 年以前は、医療生協運動という文脈ではなく、社保闘争などの民主医
療運動がその中心であったことがわかる。1996 年以降の第二次長計において「医療生協
らしく」が中心の運動、つまり「生協組織への信頼を基本とした組織づくり」（篠崎次男
1993）への転換を表明し、それを実行にうつすべく、第三次長計やそれを具体化した 10
億円の出資金運動などのさまざまな対応を行ったのである。

生協組織への信頼、医療生協運動への確信をどう培うに至ったか。地域組合員を主人公
にして生協の仕組みを信頼して事業と運動を組み立ててきたのが概観することでわかる。
特に、10 億円の出資金運動では、単に増資を訴えるのではなく、医療生協への理解を深
める通信教育を組織して実践した。生協は教育活動が重要であるが、「出資・利用・運営
参加」の三位一体の生協の仕組みへの理解は、学習なしには進まない。遠回りだったよう
に見える学習活動が、生協組織への信頼や医療生協運動への確信につながったのである。

尼崎医療生協は、特に第二次長計を画期にして「民主医療運動としての生協」か
ら、医療生協運動としての運動の再定義を行ったこと大きな特徴である。そしてそれを実
践的に深めたのが、4 つの建設運動であったのである。

さらに民主医療運動の水脈もしっかり保ち続けた。その発露は、生協法人初の無料低
額診療事業の実践である。社会保障闘争という運動を平行して維持してきたからこそ、生
活困窮者、低所得者への医療保障への視座を持ち得たのである。生協組織は組合員への奉
仕という公益性が求められる。しかし、医療生協の組織的特徴を鑑みれば、医療の公共性
とともに、地域住民を「潜在的組合員」として位置づけた事業と運動であって、無料低額
診療事業などの実践は必然的なものとなる。地域住民を潜在的組合員として考える医療生
協だからこそ、社会に広がる貧困や格差への対応を模索できたのである。東日本大震災で
の被災地支援活動は、医療生協の源流ともいえるべき組織化の原点を見出すことができた。
浅井純二（2010）は、伊勢湾台風被災地での医療生協組織化について、「医療従事者やそ
の支援者がこの地域でセツルメント活動を行っていたこと、医療要求を持つ当事者を組織
化するソーシャルアクションに災害救援の支援者と住民が協同して取り組んだこと」が大
きな影響を与えたと指摘するが、山元町での実践は、まさにそうした経験を再現であっ

⁴⁵ 粕川實則（2009）「先輩たちから引き継がれた、夢を「かたち」にする尼崎医療生協の取り組み」『日
本生協連医療部会 50 周年記念論文優秀作品集』コープ出版 50 周年記念論文、265

た。さらに憲法署名運動では、集団的自衛権を認めるという異常な事態に対して、戦争こそが健康被害と人権侵害であると確信する医療生協運動が、平和憲法を暮らしに活かすべき署名によってその声を届けようとするものであった。

こうして尼崎医療生協運動史を概観していくと、民主医療運動、「社保闘争としての医生協」から脱皮した、地域に依拠する「組合員が主人公の医療生協運動」として大きく発展してきたことがわかる。別の言い方をすれば、医療要求運動から地域づくり・まちづくりの運動へ大きく発展してきたのである。

第2節 尼崎医療生協運動史から見出せる医療生協運動の特徴とその役割

篠崎次男（1992）は、「素朴さ」「人間としての優しさ」「人々を信頼するという一途さ」を医療生協運動の草創期における先人たちの語りをまとめる際に見出して指摘する。「素朴で原則的な医療への住民参加の追求」として、医療生協運動の先人たちのありようを見出す。尼崎医療生協においてもそれは同じである。医療が受けられなかった労働者、生活困窮者に医療を受けさせたいという強い願いである。ここでは、尼崎医療生協運動史から見出せる特徴と役割を整理しておこう。

1) 尼崎医療生協運動史の「組織と運動の理論」からの検討

塩原勉（1976）は、「運動とは、社会変動の原因ないし結果として生起する社会的構造矛盾を、特定の新秩序指向に基づいて解決することを意図して行われる非制度的な（ときには制度的な）動員であって、その限りにおいて、特定方向の社会変動を促進・阻止・復旧するように作用する秩序形成エージェントの一種である」と定義し、運動論の基本的視角として「矛盾解決の媒介収斂プロセス」を提示する⁴⁶。

尼崎医療生協運動史の前史期では、ナニワ病院やその後のナニワ診療所が地域の労働者の要求によって組織化されて病院や診療所としての形をつくった。これは、当時の労働者が安心してかかることができない医療体制であったこと、労働者のための医療機関づくりという民主医療運動であった。ここでは、医療が平等に受けられない社会状況とともに、生活問題を抱えた労働者や地域住民の生活があった。こうした社会の矛盾が民主医療運動の起点になったこと確かである。「変動における構造矛盾の分析は運動論の起点であり、矛

⁴⁶ 塩原勉（1976）『組織と運動の理論』新曜社、243

盾解決プロセスの一種としての運動がその存在理由となる」⁴⁷のである。

しかし、運動体そのものが矛盾を解決できるものではなく、矛盾を抱えながら新秩序を見出そうとしてきたのである。前史期の大きな成果であった「10 円掛け保険」は健康保険に加入できない日雇労働者が診療所で医療を低額で受けることができるように独自に作ったものだった。これは財政的に持たずに早々に終了となるが、同時に尼崎市へ日雇保険をつくるように全日自労が働きかけた。

また、「運動の組織化は必然的に対抗組織化を促すことによって闘争を生む」⁴⁸というが、尼崎医療生協運動史も例外ではない。東尼崎診療所占拠事件⁴⁹は、そうした対抗組織化の一つであったし、後年、阪神医療生協の前身となる「常光寺診療所」がつくられて、医療生協運動における党派性を可視化することになった。

事業と運動の側面から検討すると、そもそも運動と事業活動とが矛盾する関係にもある。1970 年代から取り組んでいた寝たきり老人訪問看護は、医療生協の運動として手弁当で実践したものであった。訪問看護が制度化されたのは、尼崎市では 1980 年代で全国に先駆けて自治体独自の取り組みとなったのだが、これを事業活動から見ればまったくの「持ち出し」ということになる。また医療制度改悪反対の運動を組織しても、その医療制度をもとにして事業活動をしなければならず、医療生協の事業と運動そのものが、矛盾そのものもある。

塩原勉は、「生活構造の外発的緊張と社会構造の内発的矛盾との間に位置づけられ、両者を一挙に解決しようと意図して形成されるものが運動なのであって、社会のどの構造次元の、どの部位の矛盾を、誰の責任に帰して、いかに解決をはかろうとするか」⁵⁰が、運動の新秩序志向であるという。そして、運動の持つ矛盾解決の方策について「ある環境の中で組織化が展開するのは、組織に内在する矛盾を特殊的に解決することによってである。とくに二つの矛盾が重要である。一つは、目標達成のための全活動をトータルに同調させなければならないという＜統制の原理＞と、多様な諸要求の充足のために合意可能な範囲にだけ組織活動を収束させねばならないという＜合意の原理＞との間の矛盾であり、いま一つは、運動独自の同一視を保持するために個々の状況を超えて基本価値を防衛せねばなら

⁴⁷ 塩原勉（1976）前掲書、244

⁴⁸ 塩原勉（1976）前掲書、246

⁴⁹ 安田義（2018）前掲書、105-110、および、谷川博信（1983）「民医連運動の発展はいつも順風満帆ではない 困難は人をつくり、人を鍛える」『民医連医療』No. 135

⁵⁰ 塩原勉（1976）前掲書、282

ないという＜一貫性の原理＞と、変動状況に応じて状況側の論理にもとづいて運動の性格を変更せねばならないという＜状況適合の原理＞との矛盾である」として、これらは組織活動に不可欠でどれかを選んで矛盾を解決できないので、「残る途はただ一つ、すなわち、択一的選択ではなくて、矛盾の媒介的過程的な解決である」⁵¹という。

「医療生協運動」に当てはめて考えてみると、民主医療運動という医療の公益性を運動としながらも、医療生協組織という生協の持つ共益性の範囲として収めつつ、民主医療運動という基本的価値を生協運動として再定義していくことが見出せる。医療生協運動そのものが、塩原勉のいう、運動のもつ「矛盾解決の媒介収斂プロセス」として機能していることがわかる。

2) 民主医療運動という視点…健康の自己主権の実現に向けて

まずなによりも戦後早い段階で、尼崎の地域の労働者や地域住民が、自分たちが安心してかかることができる医療機関をつくろうという運動の存在があった。そこには当時盛り上がりを見せた労働運動や共産党などの存在があつて、レッド・ページ以前は、彼らが中心となって資金を集めながら、抵当に入っていた病院施設を借り受けて診療を始めた。証言にもあるように「共産党が保証人になる」⁵²という言質は、レッド・ページ後では考えられないことである。

民主医療運動は、医療機関をつくること、ここでは診療所づくり、民主診療所づくりが一つの完成形ととりうるが、民主医療運動は、医療機関をつくるだけの運動ではない。常に、医療という切り口から労働者・地域住民の暮らしを介した運動であつた。そこには、労働者や地域住民のくらしや健康への視点が強い。民主医療運動は、換言すれば「健康の自己主権」運動なのである。また、1970年代に法学分野での健康権についての議論がちょうど行われていた矢先、尼崎医療生協機関紙において「健康権か」という発言が掲載された⁵³など、健康の自己主権としての意識が高いこともあつた。健康の自己主権という位置づけを、労働運動の生活保障の視点で展開し、医療を受けることができるという受動的な立ち位置から、自ら疾病を知って健康づくりに資する健康の自己主権を確立するために、医療を制度として拡充する運動を進めて、民主医療運動をより地域住民主体の

⁵¹ 塩原勉（1976）前掲書、312-313

⁵² 須佐美八蔵（1979）前掲書、31-32

⁵³ 尼崎医療生協機関紙（1976年1月1日号）「新春対談 木下元二さん・中川隆道さん」では、木下元二衆議院議員（日本共産党）から公害問題から「健康権」についての発言が収載されている。

運動にしたのが医療生協運動であった。

健康の自己主権、健康権の視点は、単に受療権保障や健康づくりに留まるものではない。健康を脅かす最大の要因は戦争である。民主医療運動、医療生協運動が戦争反対を主張し平和な社会を希求する運動を展開するのは、そうした認識がベースにある。反核平和運動や母親運動などは、健康権から導きだされた運動の原点でもある。

戦争反対の意思を示す平和運動は、最近では、集団的自衛権を認める閣議決定（2015）や、憲法改正反対運動としても位置づけられてきた。こうした動きは地域組合員から大きな共感を呼んだものの、「なぜ医療や介護ではなく、政治的な「憲法改正反対」署名を行うのか」という疑問も出されたり、時には、匿名で「生協が政治的な署名活動をしてよいのか」などと訴えられ、尼崎医療生協へ兵庫県消費生活課から照会されるなどの例もあった⁵⁴。確かに、生協法第2条第2項では「組合は、これを特定の政党のために利用してはならない」とあるが、これは組織として特定政党を支持することであって、憲法が保障する個人の政治的な自由、さらにリテラシーを高める政治に関する学習機会を設け、政治的素養を高めるための組合員の学習実践や学習機会が妨げられるものではない⁵⁵。そもそも生協は、主権者としての学習機会を大切にしてきた歴史を持っている。平和運動は、健康を脅かす最大の要因である戦争反対の意思表示であり、憲法を守り育む運動は、権力者の恣意的な平和憲法への介入を憲法擁護によって示す運動である。これらのベースにあるものが、健康の自己主権、健康権であり、医療生協運動の特徴である。健康の自己主権、健康権への視座は、平和運動や憲法をくらしに活かし育む運動と不可欠な関係であることを、運動の立ち位置から示すものでもある。

3) 民主医療運動から「組合員が主人公の医療生協化」

生協法人という法人格は、地域住民である組合員の共同所有、共同意思決定を法的に担保するものであり、さらに医療という特異なサービスを地域住民である組合員と医療技術者である職員組合員とが対等平等な関係を保ちながら組織として事業と運動を進めていく

⁵⁴ 厚生労働省は、生協法の政治的中立について総選挙のたびに喚起し通知が出されている。しかし、もともと協同組合原則にある政治的中立は、ロジデールでの宗教的少数派を保護するためのものであって、今日解釈されている政治活動の禁止を意味するものではなかった。高橋均（2020）『競争か連帯か協同組合と労働組合の歴史と可能性』旬報社、93-98

⁵⁵ 生協法や中協法には「政治的中立」の定めがあるが、農協法にはそうした定めはない。2015年、農協法改正に際して当時の民主党が農協に政治的中立を求める法案を出したことがあるが、農協については今日に至っても政治的中立を求める法的根拠は存在しない。

ための法人格として適していた。

しかし、医療生協の場合、共同所有、共同意思決定などの大衆所有を確保するための手段として生協法人格を選択し、内実は民主医療運動という、どちらかという医療技術者が地域住民を導くような実践となりがちであって、尼崎医療生協の例でいう「民主医療運動としての医生協」であり、地域組合員が主人公としての医療生協運動への移行には時間が必要であった。つまり、生協法人格は大衆所有の「しるし」であって、生協が持つ特徴を運動として十分に引き出して活かしていなかったのである。尼崎医療生協の場合、そうした「しるし」が実践へと活かされるに至ったのは、日生協医療部会による指導が入ったことが大きな転機となった。医療生協運動は、民主医療運動の要素を多分に持ちながらも、地域住民の医療技術者との協同を一步進めて、生協組織への信頼のもとで、地域組合員と職員組合員との協同として再定義されたことで、組合員が主人公の医療生協運動への展開が可能となり、それは「組合員によるまちづくり運動」へと昇華することができたのである。生協法人化は、篠崎次男のいう「地域住民と医療技術者の一体化」は形という「しるし」だけではなく、対等平等な関係性を持つ内実を伴うことこそ必要であり、そこには「生協組織への信頼」が求められていたのである。

4) 医療生協運動の役割：人権としての社会保障・社会福祉をとらえ、それら諸制度の補充や代替の視点

安田義（2018）は「ないものは自分たちでつくる」という戦後の尼崎の住民運動の特徴を指摘する。戦後直後の荒廃した尼崎では、診療所づくり（医療生協づくり）、保育所づくり、老人施設づくりなど多岐にわたって、地域住民が必要な社会サービスを住民運動が自ら作り上げてきた。

尼崎医療生協は、それらの住民運動の一つであるが、高度経済成長のもとで取り残されてきた低所得者や生活困窮者に向けた医療保障運動を積極的に展開してきたのが大きな特徴である。こうした運動によって、日雇保険の前進となる「失業対策事業就労者等の労働保険に関する条例」や子宮がん検診、訪問看護制度など、運動が先行する形で導入を進めながら、社保闘争による行政との交渉を行って尼崎市独自の制度としての成果をつくりあげてきた。また、深刻な大気汚染等による健康被害が多発したが、運動は健康被害の調査や補償を求める行動にも大きく関わり、尼崎大気汚染公害訴訟では原告被害者の医学的

見地から証人として証言台に立ち、尼崎公害患者家族の会を支援してきた⁵⁶。

尼崎医療生協運動史から、医療生協運動の役割の要点は何であったか。それは、医療を人権として捉えたことである。さらに医療において地域住民を主人公として位置づけ、人権の担い手としての医療技術者が、生協組織への信頼のもとで、ともに組合員として「人権を保障するための方策」を、事業や運動を通じて実践してきたことである。その「人権を保障するための方策」こそが、「ないものは自分たちでつくる」ものに他ならない。そして運動として行政へ働きかけて制度化につなげる。こうした一連の流れは、社会事業の開拓的役割であり、社会福祉の補充・代替論⁵⁷の実践形であるもいえる。こうした視座は、2009年に生協法人に先んじて導入した無料低額診療事業の実践にもつながっている。人権を保障するためには、実践として「先駆性」「開拓性」が求められる。これらは、医療生協運動の組織化について浅井純二の先行研究に重なる点でもある。

尼崎医療生協から見出せる医療生協運動は、民主医療運動期、医療生協運動期ともに医療を使用価値として位置づけ、必要充足に基づいての医療保障の視点である。介護保険導入後の介護サービスの商品化や、医療サービスの質の明示をすすめるために ISO 規格導入などによって医療サービスを商品として見出しかねない状況はあるものの、本来、医療・介護サービスは商品という視点はないはずである⁵⁸。医療生協運動は、人権の視点から、医療や介護を一人ひとりの人間がみんなで享受すべき公益性としての感覚・感性を持っている。そして、それらは提供者の一方的な努力や利用者が「賢い消費者」になるのではなく、お互いが共同して作り上げるものであるためには、相互に「優しさ」「信頼」がなければ成立しえない。篠崎次男は、これらをまとめて「素朴さ」と表現した。医療・介護サービスについて共同の営み、共同生産として再定義できるのは、医療生協の事業と運動の視座が有効となるのである。

⁵⁶ 公害訴訟、尼崎公害患者家族の会 <https://www.erca.go.jp/yobou/saiban/amagasaki/> 2021年3月20日閲覧

⁵⁷ 第4章を参照のこと

⁵⁸ とはいうものの、ISO規格導入で商品としての医療・介護サービスが日常的になってしまっており、あくまでも「対応としてのもの」との認識が必要である。ここが突破されてしまえば、医療生協も単なる医療・介護サービス商品提供組織に成り下がってしまう。詳しくは第3章参照のこと

第3章 医療生協の事業と運動の先見性とその限界

これまで、医療生協研究のレビューを行い、さらに個別例として尼崎医療生協運動史を基礎資料にしながら、その事業と運動の特徴点を見てきた。本節では、医療生協の事業と運動のもつ先見性とその限界点について見ていくことにする。

医療生協の事業と運動への検討の前に、購買（消費）生協における事業と運動について概観しておく。

中川雄一郎（2000）は、「日本型生協モデル」を再整理しながら、「生協運動は、結果的に主婦の社会的参加の機会を用意し、生活改善の意識を高め、大学生協から輩出された優れた人材が地域において活躍する機会と場所を提供した」のだが、1990年代に入り、バブル経済の崩壊などの社会経済状況が生協運動全体に大きな影響を与え、「組合員主婦の就労化、班組織の縮小や形骸化、「経営者支配」の傾向といった状態が生まれていくなかでは、生協運動は店舗事業に重点を置く戦略をとらざるをえなくなった」こと、「競争を意識した「消費者の組織化」から「消費の組織化」に基づく事業への転換を求めること」になって、共同購入事業を支えた主婦組合員の班組織に依拠した日本型生協は勢いを失っていった¹という。また、田中秀樹（2000）は、「日本の市民型生協運動は、消費者を担い手とし、消費者運動の一環として現れ、「消費者の協同」という歴史的品格をもつ」と指摘する。さらに「消費者の協同は、商品交換の末端の担い手としての消費者、「商品を求める協同」であって、「共同性なき利害の同一性」が出发点であるので、「消費者の協同」は常に単なる「商品を求める協同」へ後退する傾向を持つ」といい、1960年代70年代の市民生協運動はこうした「消費者の協同」の品格を、「商品を介した協同」として生活活動の協同運動として進めてきたという。しかし「80年代以降の生協運動は、事業と運動の分離が進み、事業の販売システム化と、組合員の顧客化・消費者化が進んだ」²のである。

日本型生協モデルの特性は、社会経済の変化からその力を失い、市民生協運動としての生活の協同という視点も、事業と運動が分離し、事業として見たときに組合員の顧客化や消費者化によって他の流通小売と変わらない状況にもなりつつある。事業と運動の分離の背景には、社会経済状況の変化があるが、市場経済において流通業がどう生き残れるのかという視点を考えざるを得ないような、社会経済状況の強い圧力があつたからなのだろう。

¹ 中川雄一郎（2000）『生協は21世紀に生き残れるのか コミュニティと福祉社会のために』大月書店、12-15

² 田中秀樹（2000）「現代消費社会と新しい協同運動」『生協は21世紀に生き残れるのか』大月書店、107-110

しかしながら、購買生協において、日本型生協モデルと市民生協運動の原動力である「商品を介した協同」としての生活活動の協同運動は、今日において「組合員の暮らし」への視点をもって進める生協運動の原動力でもある。購買生協から概観できる運動の先見性とは、「組合員の暮らし」の視点を持った事業と運動であり、その限界とは、事業と運動の分離が進み、組合員の顧客化によって、实际的に生協の事業が生協ではない流通小売になってしまうことであるとわかる。なによりも生協における先見性は、事業と運動の一体化によって組合員の暮らしを支えていくものである。

さて、医療生協の場合はどうか。生協として「事業と運動」の一体化による組合員の暮らしを支える視点は共通している。購買生協が「商品を介した協同」であるとすれば、医療生協は「医療・介護サービス提供の共同の営み・共同生産」と位置づけられよう。組合員とともに医療・介護サービスをつくりあげていくものである。組合員の顧客化を促せば、それは医療・介護サービスが商品であると表明することにもなってしまう。

医療生協運動の先見性は、「人権性」「先駆性」「開拓性」の3点を先行研究から見出すことができた³。この3点を再整理して、①生協法人格による事業と運動の意義、②「健康の自己主権」・健康権確立に向けた事業と運動の意義、③医療・介護サービスの商品化へ対峙する事業と運動の限界、の3点について検討する。

第1節 生協法人格による「事業と運動」の意義について

生協法人が医療や福祉事業を担って運動を進める意義を整理しておく。1948年の生協法では、医療生協では、「共同施設を利用させる事業」を医療や福祉事業として解釈して、病院や診療所ほか福祉事業を行う根拠としてきた。2007年改正によって、医療・福祉事業が法に明記されるに至ったが、それ以前にはこの解釈に依拠してきたことになる。ここでは、生協規制や埼玉県徳洲会医療生協をめぐる生協法による医療・福祉事業への疑義をめぐる顛末から、生協法人格による事業と運動の意義を再整理する。

そもそも生協法において医療や福祉の事業を行う根拠はどこにあるのか。それが大きく焦点化されたのが埼玉医療生協問題である。この顛末は、生協法が医療事業を行えるのかという問題とともに、1970年代終わりから1980年代初頭におきた徳洲会が生協法人を設立して医療生協としての医療機関設立が、医療生協をめぐるいくつかの問題を表面化させ

³ 浅井純二（2010）「医療生活協同組合組織化の史的考察－伊勢湾台風被災地の名古屋市南区南部の事例から－」『社会福祉学』第50巻第4号

た。問題とは、徳洲会による医療生協づくりへの問題だけではなく、生協が医療機関を設置することにまで波及したのである。ここでは、中田直人による「確固とした法的存在『医療生協』」（1990）を概観しながら、生協規制・医療生協規制、さらに徳洲会問題について検討する。

1) 生協法による医療事業への疑義

埼玉医療生活協同組合⁴は、生協法による医療事業を行う法人である。医療福祉生協連には加盟していない。組合員4万5千人、出資金：2億7千万円（2020年4月現在）とある。埼玉医療生協は、徳洲会が当該地域で生協法人を設立したことで知られ、地元の医師会との軋轢が全国的にも注目された。徳洲会の生協法人による病院開設には、地元医師会が疑義を持って対応したのである。

「埼玉県徳洲会医療生活協同組合に関する法律上の諸問題」と題する鑑定書が出されたのは、1981年7月である。埼玉県医師会は、医療法人徳洲会が生協法をもとに、生協法人による医療事業を行うに際して、生協法による医療事業の運営は、そもそも法に明記されておらず、生協法と医療法との整合性に問題があると解釈すべきであって、医療生協という存在は本来認められないと主張する。生協法にある員外利用規制、さらに剰余金処分は、医療事業を行う際の基本となる医療法と整合性が取れないのが最大の理由である。

門倉好文（1982）は、医療法と生協法との整合性について「医療は倫理行為であって、生産行為ではありません。ところが、医療生活協同組合は消費生活協同組合法によって認可された法人でありますので、医療は消費であり、医療を受ける者は消費者である」こと、また「当該医療生活協同組合が組合員のみを診療と対象とする共同利用施設として、病院又は診療所を開設するものであるかぎり、その病院又は診療所の開設を許可して差し支えないものと解する」という行政指導をもとにして、「医療生活協同組合を設立することは、医療法の趣旨からして違法であると断ぜざるを得ない」⁵と指摘する。

篠崎次男（1984）は、今回の医師会による所見による問題点について、生協法は医療施設設置と利用を目的としたものには適用できないこと、医療法違反の2つに集約できるとする。篠崎次男や中田直人が指摘するように、そもそも生協が「共同施設を利用させる事

⁴ <http://www.fureaihos.or.jp> 組合員加入と増資を「整備上、現在加入手続きを停止しています」とある。2021年3月21日閲覧

⁵ 門倉好文（1986）「医療法による医療法人と消費生活協同組合法による医療生活協同組合」日本医師会雑誌第88巻第10号、1035-1039

業」とする共同施設として、医療事業が含まれることが生協法制定当時の国会答弁でも明らかである⁶し、医療法違反との指摘についても、「医療生協の医療機関は、昭和のはじめに医師会の強い要求で設けられた条項を基礎にした現行の医療法第七条によって法的に正当性を持った医療機関として認められている」⁷という。

員外利用についても、当時の国会答弁において「医療施設というようなものにおきましては、その他の組合員以外の者が利用すべき施設がない場合に、これの利用を禁止することは適当ではない」⁸とある。篠崎次男がいうように、医療生協といえども医療事業を行うに際し、医療法を順守することで医師の応召義務をはじめとする医療の公益性の確保は求められる。門倉好文が指摘する「組合員のみを対象とする共同施設としての病院又は診療所」と「医療法における医療提供施設」は、医療の公益性の観点から、前者と後者が区別されないものであり、そうした指摘を回避すべく、篠崎次男がいうように医療生協の病院や診療所を利用する患者について組合員加入を進めるのである。

2) 医療生協規制について

生協は低所得者層への防貧として位置づけられたものの、1960年代から1980年代は、「生協の第3の高揚期」と呼ばれる時代で、組合員数が著しく増加し、主婦組合員を運動の主体とする市民生協と呼ばれるものも増えるなど、爆発的に生協運動が高揚した時期であった⁹。この生協の拡大時期にあたり、中小小売業界や政界からも生協が拡大することへの危機が出され、それが生協規制につながっていく。

医療生協規制は、生協規制の医療版ともいえるが、生協規制がなぜ起こったのか把握しておく必要がある。生協規制は、生協、農協の「新規出店に対しては、商工会議所又は商工会等の意見を聴取すること」という、1984年2月の通産大臣の談話が発端であるという¹⁰。そもそも生協法第1条には、「この法律は、国民の自発的な生活協同組織の発達を図り、

⁶ 第二回国会衆議院厚生委員会議事録第二十四号（1948年7月5日）には、民主自由党の有田二郎委員の「「有用なる協同施設」というのはどういうことを政府としては御計画になっておられますか」に、厚生事務官の木村政府委員が「これは浴場、理髪、あるいは医療施設といったようなものでございます」と回答している。

⁷ 篠崎次男（1984）「医療に関わる法人の理事長をめぐって」『医療法と医療生協』55-63

⁸ 第二回国会衆議院厚生委員会議事録第二十四号（1948年7月5日）において、厚生事務官の木村政府委員が「医療施設というものにおきましては、その他に組合員以外の者が利用すべき施設がない場合に、これの利用を禁止することは適当ではないと考えますので、制限を加えた上で組合以外の者に若干利用させるといことにいたしました次第であります」と答えている。

⁹ 相馬健次（2002）『戦後日本生活協同組合論史 主要書籍を読み解く』日本経済評論社、1-9

¹⁰ 柳幸春（1986）『許すな！生協規制 それは民主主義への挑戦』芽ばえ社、31

もっと国民生活の安定と生活の向上を期することを目的とする」とあり、国は、低所得階層に向けた施策の一つとして生協の育成を支援してきた経過がある。しかし、世界から「日本型生協モデル」と称賛された生協運動の興隆により、流通小売業は、生協の進出によって業績への影響が出て、さらに生協運動が平和運動などの社会運動との接続し、そうした運動を政治的な動きと見出すにつれ、育成ではなく、規制として国が動きをすすめようとしたのであった。

柳幸春（1986）は、生協規制の特徴として、①生協法改正を睨み、法律的規制強化の企図を一段と明確に明示したこと、②厚生省内に「生協のあり方に関する懇談会」を設置させて、生協の今日的な位置づけや存在意義、購買生協のあり方、生協の社会的役割やその他生協の検討を開始したこと、③自主規制的行動対応と積極的な妥協的政策対応を誘導ないし強制する攻勢を、自治体を巻き込んで展開したこと、④特定政党支持問題を前面に押し立てて政治力学的な基盤構造の再編をめざしたこと、をあげる。焦点となるのは、「協同組合原則と小売商業調整原理とのからみ」と「生活協同組合運動の展望と臨調行革下の生協管理政策とのからみ」であるという¹¹。

ここからわかるのは、「低所得階層に向けた施策の一つとして「生活協同組合」（厚生白書昭和 31 年度版）として登場し、「生活の助け合いの自主組織」である生協は、大資本企業や政治家たちが恐れる存在となったことである。こうした背景を持つ生協規制は、医療生協へも当然波及し、医療生協規制として現れたのであった。

篠崎次男は、「医療生協規制のはなし」（1986）で、医療生協への歴史的規制や統制をまとめている。医療生協そのものは戦後の生協法制定後であるが、その源流となる産業組合法（1900）では、医療利用組合設立の動きが 1920 年代に起こり、例えば、賀川豊彦もかわった東京医療利用組合などはその一例である。当時、協同組合による医療機関づくりが医師会からは「医師ニ非ザル者」が開設することへの疑義をぶつけたことが知られている。医療法では医療機関開設者は医師である必要があるが、生協法では開設者が医師であることは求められていない。こうした視点から医療機関設置を非医師が行うことができるのかとの議論は戦前からある。しかし、ここでいう医療生協規制はこの点だけではない。

医療生協規制は、生協法にある員外利用規制を医療生協の医療機関を「閉鎖型医療機関」として位置づける根拠として見出すものだが、医療生協は、地域のニーズに基づいて作ら

¹¹ 柳幸春（1986）『許すな！生協規制 それは民主主義への挑戦』芽ばえ社、44-45

れた組織であって、組合員に限定した医療を提供する組織ではない。潜在的組合員である地域住民のニーズに応える医療機関をつくってきた。それゆえに潜在的組合員である地域住民に向けて組合員加入を進めるのである。

こうした医療生協規制へ打ち勝つために、篠崎次男は、4つの視点をもった対応を提起する。それは、①四課題の達成、②社会保障・平和の運動を更に強める、③生協運動への連帯強化、④民主運営の一層の追求、である¹²。

①は、医療生協運動の基礎体力というべきもので、仲間増やし、出資金増やし、班づくり、担い手づくりであり、特に仲間増やしと出資金増やしは、定款地域での組合員への組合員のための医療機関に資する運動で、閉鎖型医療機関を超えた地域組合員のための医療機関としての運動のベースとなる。②③④については、生協法が持っている理念や組織的特徴への確信ともいえるものである。生協法の理念と組織的特徴をしっかりと実践するのであれば、医療生協規制は規制になりえないものであった。

3) 当時の徳洲会による医療生協づくりをどう考えるか

しかしながら、先にあげた門倉好文（1986）は、埼玉県徳洲会医療生協の動きから違法性の疑いを指摘せざるを得なかった節が見いだせる。それは、例えば、「埼玉県内にも七つの医療生活協同組合があつて、病院、診療所で医療事業を行っておりましたが、最近、既存の医療生協と少し異なった医療生活協同組合が認可されました」¹³というくだりである。続けて、「もう一つの特徴は、この組合の理事に関西に本部をおく医療法人の重要な理事者が席を占めております。このことは、この医療生活協同組合が医療法による医療法人との共同事業であることが容易に推定できまして、生活協同組合法になじまないものがあるわけです」¹⁴という。さらに、当該地域では労災病院誘致運動などが不調に終わったなどの経験から、「このたび地域住民の不安の蓄積と、きわめて熱心な提唱者がおりまして、某医療法人の病院誘致運動がはじまりました。その某医療法人の責任者の考えと思いますが、医療生活協同組合運動設立に切りかえられまして、関係市町村をあげての賛同のもとに運動がすすめられ、市当局は病院建設の予定地に病院敷地の無償貸与をきめ、医療生活協同組合設立認可申請が埼玉県に提出された」¹⁵のであった。

¹² 篠崎次男（1986）『医療生協規制のはなしーその内容と本質』日生協医療部会、59-63

¹³ 門倉好文（1982）前掲書、1037

¹⁴ 門倉好文（1982）前掲書、1037

¹⁵ 門倉好文（1982）前掲書、1039

ここには、某医療法人、つまり埼玉県徳洲会医療生協の設立をめざした当時の徳洲会の存在が色濃く出ており、門倉好文がいう「既存の医療生協と少し異なった」医療生協」の特異性を強く指摘せんがために、医療生協のあり方に遡って批判的検討を行ったとも考えられる。彼の主張する「医療は倫理行為であって、生産行為ではない」という視点¹⁶、さらに「医療は消費であって、医療を受ける者は消費者である」ことへの批判¹⁷は、医療を考える視点として大方の部分で共感できるものである。しかし、彼の主張である、医療消費者としての位置を生協法に求めたのは「論理の飛躍」である。門倉好文の主張は、本来は、消費者として見立てる当時の徳洲会のあり方への批判であって、それを生協法に求めたのは間違いである。門倉好文は、徳洲会の進出をスーパーが商店街に進出してきたような事態と同じように見ていた。商店街が反対するように医師会が反対していく構図は似ている。しかし、生協の進出をスーパーの進出と同様に捉えるのは大店法改正などの生協規制の発想である。協同組合原則と小売商業調整原理とは異なる。だが、協同組合原則を「形式化」として捉え、内実は資本の論理であれば、それは「スーパーの商店街進出」と同じである。また「医療生協としての理事会へ徳田は乗り込んで徳洲会をとるか、現医師体制をとるか迫ったエピソード」¹⁸は、生協組織の運営として不適正であり、当時の徳洲会による医療生協と言われても仕方がなかったことは確かである。そうした点が中田直人（1990）や篠崎次男（1986）などの反論につながったのである。

生協法への批判はお門違いであるが、当時の徳洲会の医療をめぐる視点は、門倉好文のいう「医療は消費であって、医療を受ける者は消費者である」と認識させるものなのは確かであろう。ここでは 1970～80 年代に一世を風靡した当時の徳洲会の医療観について見ておく。

1973 年 1 月に大阪府松原市に徳田病院開設からはじまる徳洲会病院は、今日では、全国各地で地域医療を支える拠点となっている全国屈指の医療機関である。徳田虎雄氏による「命だけは平等だ」のスローガンが特徴である。

ばばこういち氏は、『ドキュメント徳田虎雄の研究』（1979）において、「徳洲会は社会運動だ。だから医療の質を上げると同時に、この運動を成功させるためにはビジネスの能力、それから政治力も必要なのだ。（中略）医療改革という社会運動を成功させるためにビジネ

¹⁶ 門倉好文（1982）前掲書、1037

¹⁷ 門倉好文（1982）前掲書、1037

¹⁸ 山岡純一郎（2017）「地域住民がお金を出し合って病院を設立 徳洲会の光と影」

ス能力や政治力は不可欠なのだ」¹⁹と徳田氏の主張を紹介する。ばばこういちの著書からは、当時の徳洲会が時代の寵児で、巨大組織の医師会と対決する医療界の救世主のような位置も見えてくる。しかし、当時の徳洲会の医療やその背景の実際はどうだったのか。徳田虎雄と公開討論をした高柳新（1979）は、徳洲会の医療やその背景について「徳洲会の医療理念と三つの問題点」をまとめている。

当時の徳洲会の問題点として、①医師・医療従事者の責任論、②地域医療の一面化、③競争の論理の3点を挙げる。つまり、「医療荒廃のすべての責任を、医師と、医療従事者、医療労働組合のモラルの欠落、「権利のみ主張し、使命感を忘れている」ことに集中させる視点が貫かれて」おり、「徳洲会の医師や、他の医療スタッフが、「医療と経営の完全分離」の名のもとで「運営＝経営」から分離され少ないスタッフで使命感と「ハイクオリティ」を要求されることが経営の「ローコスト」の不可分な条件となることを、単にモラルの問題として見るわけにはいかない」こと、また、地域医療の一面化して「医療の原点は救急」と位置づけ、そこに「徳洲会は妥協なく徹底的に競争していく」という競争原理を持ち込む。「医療で競争の論理が成り立つのは、医療分野を一つの市場と考えて、患者の医療要求を、購買力のある需要とみたてて、資本主義的利益を前提にした供給を競うとき考えることなのだ」と指摘する。さらに「徳田氏にとっては、自民党の高度成長によって生み出された医療砂漠地域はその本質的原因を考え問題を解決すべき地域としてではなく、自己目的化した徳洲会の進出の絶好地点のようにうつっているのか、進出可能地点は多ければ多いほどよく、これでは国籍を持たない資本の活動と同一のもの」と見出す。また「『日本型福祉社会』の路線が、これまで公的責任で行われて医療分野も、私的資本の市場とすることによって、まかなっていこうとするものになっているのをみると、徳洲会徳田氏の路線は、反体制ポーズと、一定の近代的進歩性にもかかわらず、自民党政府の反国民的福祉、医療政策の新しい路線とぴったりと軸を一つにしているものであることがわかる」として、日本型福祉社会の一つの尖兵として当時の徳洲会を位置づける。民医連医療との比較として、「上から医療を与えるのではなく、患者とともに不健康、病氣とたたかうこと」、「ここでひとつ重要なことは、医療費負担の免除を掲げる徳洲会の職員厚生の中には、MSW

¹⁹ 当時の徳洲会は、「『生命を安心して預かれる病院』『健康と生活を守る病院』の2つの医療理念を掲げ、ア）年中無休・24時間オープン、イ）入院保証金・総室（大部屋）質量差額・冷暖房費一切無料、ウ）健康保険3割負担金を困っている人には免除する、エ）生活資金の立替・供与をする、オ）患者からの贈り物は一切受け取らない、カ）医療技術・診療態度の向上に絶えず努力する、の6つを掲げた（ばばこういち（1979）『ドキュメント徳田虎雄の研究』223）。

が見当たらないこと」をあげる²⁰。

高柳新の3つの問題点は、民主医療運動、さらに医療生協運動とは相反する当時の徳洲会の医療観であることが見出せる。つまり、医療は「共同の営み」であり、医療消費者に選ばれる医療機関はありえないのである。

吉田利男（1979）は、徳洲会「運動」の問題点を「第一は、徳洲会のゆき方が、権力の移行に沿っていること、少なくとも、それと矛盾しないということ」、「第二は、金融資本やメーカーが積極的に援助していること」、「第三はアメリカ的合理的」経営と前近代的労務管理の問題」と指摘する。「徳洲会が経営と医療を分離し、経営に資本の論理を貫徹させて、日産自動車や東京電力などの代表的独占資本なみに、従業員を猛烈に働かせるだけではなく、労組を絶対に認めず「意欲あるもののみにやってもらう」ということで、現実にも簡単に職員の首を切っている」といい、「職員の労働強化、その無権利は、結局は医療サービスの質の低下につながり、やがて患者の人間としての権利の軽視に発展していかざるをえ」ないという。そして「医療労働は健康権を保障する公的、社会的なもの」であり、「それは医療費の払えない人に免除すればよいという簡単なことでは」なく、「徳洲会の成功は、類似の病院産業の発展の時代をきりひらくことになりそう」だと指摘し、当時の徳洲会の様々な地域への進出が、医療の市場化・営利化を進める実践例として見出す²¹。特に「経営と医療」の分離は、「地域住民と医療技術者との一体化」を考え方とする民医連運動や医療生協運動とは全く異なる。当時の徳洲会の医療生協づくりの文脈では、組合員は単なる出資者の存在だけであり、運動として大衆資金を集めて事業を進める考えは見出せない。なぜなら、経営は事業経営単独で成立させるものだからである。

当時の徳洲会は、本来の地域住民のニーズを運動化するのではなく、マーケティングから医療ニーズを見出し、外部勢力が地域住民に医療機関建設に向けた資金への協力に特化して組合員を位置づける。組合員と職員との一体化はそこには見出せないし、マーケティングから顧客ニーズとして医療を捉え、生協法による出資活動を顧客活動にリンクさせたものでしかない。当時の徳洲会による生協法人病院づくりは、生協法による医療生協の事業と運動が、医療生協の組織的特徴を踏まえることなく、高柳新が指摘するように「日本型福祉社会」に適合した法人組織としても機能しうるものである。つまり、生協法は、字面の生協法どおりに運用すればよいというのではなく、生協法がどのような経緯で生ま

²⁰ 高柳新（1979）「徳洲会の医療・その動向と背景」『民医連医療』No. 90、38-42

²¹ 吉田利男（1979）「徳洲会病院と医療改革の方向」『民医連医療』No. 90、43-48

れ、どんな理念を持ち生協法に結実したのか、そうした背景への理解なしに、生協法は理解し得ないのである。逆に、こうした指摘は、生協法人設置の意義や課題を提起するものとなったし、引き続く 1980 年代半ばに起こった生協規制に端を発する医療生協規制への対応にも大きな力となった。「なぜ生協法人なのか」、「医療生協はどんな組織なのか」について、当時の徳洲会による医療生協づくりは、医療生協のあり方を問う大きな反面教師としての役割を担ったと振り返ることもできる。

第 2 節 健康の自己主権・健康権確立に向けた事業と運動の意義

前節で、吉田利男が示したように「医療労働は健康権を保障する公的、社会的なもの」とする医療事業は、健康権への視点が欠かせない。ここでは、今日、健康増進法第 2 条において「国民の責務としての健康」が位置づけられる中で、医療生協の事業と運動において、健康の自己主権、健康権がどのように運動の支柱に位置づくかを整理する。

1) 「健康の自己主権」から権利の実現を目指す行動をとる「患者の権利」へ

医療生協運動の大きな特徴が、「健康の自己主権」とそれに基づいた組織活動である。医療保障を検討すると、医療を受けるための環境整備とともに、住民が医療の主人公としての立場を確保し保障する「健康の自己主権」というネーミングは、日野秀逸による着眼点と発想である。日野秀逸は、医療の特徴について非対称的でパターナリスティックな関係を指摘する。さらに医療の歴史貫通的側面としての共同消費とともに、資本主義体制のもと「医療の社会化」が閉ざされ、「商品としての医療」を個人が購入することで対処する「疾病は個人責任」とする状況で、労働者は低賃金で十分に医療にかかることができないというように、資本主義体制のもとで「商品としての医療」への批判、労働者が医療を求めていく運動論的視座として「健康の自己主権」を見出したのであった。

「健康の自己主権」は、医療の商品化や資本への収奪、為政者や大資本への対抗軸であるとともに、自分自身のための体や健康であるとの視点を「自己主権」という言葉が明確にしている。自己主権は、self-sovereign が英訳にあたるが、「自らの統治」を意味し、換言すれば「中央や他者の支配から管理を自らの手に取り戻す」ことを意味する。つまり、医療が医師と患者のパターナリスティック関係であったり、医療の商品化に伴ってお金がないから医療にかかれないなどの医療の諸問題について、医療をその人の権利として自らの手に取り戻す、ということである。こうした表明を医療や健康に関する権利を「自己主

権」というコンパクトな用語で、1970年代当時から医療生協運動の基軸に据えたのである。

さらに、健康の自己主権を運動として明確に位置づけるために、例えば、篠崎次男は、住民の医療の主人公・主体者としての医療への認識を深めるための「学習」を、医療技術者と支援を得ながら、医療生協の支部や班において積極的に進めた。荒川生協での尿塩分チェックの班活動などは、健康を自ら学び捉えていくもので、医療生協運動の基底をなす学習活動の一つである。西岡幸泰は、そうした医療生協運動の学習について「自主的保健活動」として地域組合員による班などでの集団学習が医療の民主化につながる運動として位置づけたのであった。

健康の自己主権は、「患者の権威章典」（1991）につながるのだが、大野博（2010）は、患者の権利章典の先見性ととも、そこにはほかの患者の権利を定めた宣言にはない「権利の実現をめざす行動主体」を見出した。権利の実現とは、まさに運動の立場の表明でもある。今日、医療現場では患者の権利、患者のプライバシー保護を定めて宣言することは、個人情報保護の観点からも多くの医療機関にある。しかし、患者の権利やプライバシー保護は、前提として「医療を受けられる人への相応の対応」である。その背景には、つまるところ、医療の自己負担が増える中で、医療の商品化が日常的なものとなって、医療という商品へのクレーム対応としての側面が強い点である。市場商品は、品質保証を供給者に求める。そこでは、権利というよりも、市場での商品授受をめぐる対応の一環の面が見出せる。本来ある医療への権利実現の視座ではない。なぜなら「医療を受けられる人への相応の対応」とは、「経済的に自己負担支払いできる医療を受ける人」である患者だからである。

健康の自己主権は、患者の権利章典にも見出せるように、「権利として取り戻す」という主体的側面があり、いわば「ソーシャルアクション」を自己主権や権利章典に見ることができる。見方を変えれば、「市民権の延長上としての人権」ではなく、さらに「お金のあななし」でもなく、地域住民のすべての人たちが医療保障を受けるべく協同して組織をつくって社会権的視座を持って運動を進めたのが医療生協運動とも言える。患者の権利章典を補強改訂した「いのちの章典」（2010）も医療生協運動の基軸として位置づけられる。

2) 健康権の整理

このように、日野秀逸によって言語化され、定式化された健康の自己主権であるが、1970年代は、健康権が法学において議論が始まった時期にも重なる。では、健康権とは、いか

なる人権であるのか。健康権の議論の到達を概観しておく。

井上英夫（1991）は、健康権の提唱があったのは1973年であったという。当時、『公衆衛生』誌が「健康権特集」を組んで健康権についての議論を交わしている。下山瑛士（1973）は、健康に関する規定が法学界において「プログラム説」が支配的であることを指摘し、立法政策において、国が「健康」をどう観念するかが問題で、「国民の生命・健康を保全する「義務」が行政庁に課せられているという観念が定式になっているとはいいたくない」とし、この欠陥は、「健康に関する法分野が、警察法かあるいは公企業法かのいずれかの分野のものとして把握されて」、「行政警察の一部門として衛生警察」が「生命・身体・財産に対する規制強制関係を取り扱っている」²²という。これまでの公衆衛生における健康の位置が、「衛生警察的な発想から位置づけられているのであって、患者の健康権保障という社会保障的発想ではないところが問題である」²³と小川政亮（1973）は指摘したが、これは、そもそも「衛生思想の基本原理は、国家政策的側面が強調され、市民自治や人間性重視などの視点は希薄化されていた」²⁴ものであったからといえよう。

『公衆衛生』誌の議論で、唄孝一（1973）は、「健康権についての一試論」で、健康権という権利を観念するとして、その留意すべき点を次のように挙げている。つまり、「伝統的な衛生警察的な発想にもとづく「公衆衛生」の発想とは似て非なるもの」で、「人間的存在そのものの問題として健康が尊重されることが要求されるのである」こと、「生命権の下位概念であるべきで、生命概念から遊離した健康観念の一人歩きは危険である」こと、「健康権は事前圏たる人格権として観念しうる」もので、「むしろ憲法13条がより基礎的である」こと、健康権としての意識は何かとの対抗関係を前提とするが、その対抗物は何よりも国家＝公権力である」こと、である。唄孝一の健康権への視点は、健康な人もそうでない人も平等であること、さらに健康でない状態を脱して健康な状況を要求する権利が与えられるべきとする「生命権の下位概念」とともに、健康権が公権力との対抗として位置づけられ、司法を通じて健康がより大きく保護される過程が、健康権の観念をつくりあげていく²⁵のである。

下山瑛士（1979）は、健康権の論議において、「包括的総合的サービスの中において医療

²² 下山瑛士（1973）「「健康権」の歴史」『公衆衛生』Vol. 37, No. 1、21-22

²³ 小川政亮（1973）「健康権と社会保障」『公衆衛生』Vol. 37, No. 1、25

²⁴ 中馬充子（2011）「近代日本における警察的衛生行政と社会的排除に関する研究—違警罪即決と衛生取締事項を中心に—」西南学院大学人間科学論集第6巻第2号、167

²⁵ 唄孝一（1973）「「健康権」についての一試論」『公衆衛生』Vol. 37, No. 1、10-14

保健を捉えねばならぬという社会的要求が、人間を単に技術的対象「物」として捉えることでは解決せず、個人の主体性を前提とした共同体的サービスの中でこそ、技術的医療行為も生かすし、さらに健康を保全するための予防的措置も十分にとりうることになる」として、「国民の生存権を基盤としない医療保健システム化は人間の主体性を無視し、人間を物質化する傾向を生むだけ」²⁶と主張する。ここでの「個人の主体性を前提とした共同体的サービス」とは、今日の医療や介護サービスのあり方を指し、いわば「共同の営み」や「共同生産」という視点でもある。「健康の自己主権」の文脈でいえば、主体的な個人こそが「健康の自己主権」の当事者である。医療が人体のパーツ別や疾患別に当てはめる考え方が強かった当時、「患者との共同」という前提は見えにくい。そこを『公衆衛生』誌での議論は、これまでの衛生警察的な発想である健康への視点から、健康を害している人も、健康を保っている人も、憲法 13 条が示すように個人の幸福追求がなされるべきで、さらに健康権は公権力である国家が個人の幸福追求権を保障するように、社会保障・社会福祉の制度の向上と充実を推し進める根拠になるものである。

こうした背景のある健康権であるが、ここでは、棟居徳子（2005）の健康権の法的性質と内容に関する研究からポイントを整理しておく。

健康権は、健康権：the right to health であるが、これは「経済的社会的及び文化的権利に関する国際規約」第 12 条（1978）に独立した権利としての規定が明示されている。国際社会において、健康権の地位は、世界人権宣言（1948）とともに、経済的社会的及び文化的権利に関する国際条約（1966 国連採択、1978 発効）第 12 条に「第 1 項：この規約の締結国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を認める」とし、「この権利の完全な実現を達成するために締結国がとる措置」を第 2 項に列挙している。日本では、憲法 25 条に「健康で文化的な最低限度の生活」が見出せるが、既述の通り、健康権はそれらとともに、むしろ憲法 13 条に位置づけられるという。

棟居徳子は、国際人権委員会（2000）が、国際人権規約が締結国に出した「一般意見第 14」をもとにして、健康権の内実を明らかにしている。

健康権の法的内容として、健康権は、「他の人権の実現と密接に関係し依存しており、規約に含まれた人権が、健康権の不可欠な構成要素と関連し」、「全ての人の身体的及び精神的健康に関する、もっとも高い潜在能力を発揮できるよう要求する権利」²⁷である。そのた

²⁶ 下山瑛士（1973）前掲書、22

²⁷ 棟居徳子（2005）「健康（the right to health）の国際社会における現代的意義」社会環境研究第 10

めに「到達可能な最高水準の健康の実現のために必要なあらゆる設備、機器、サービス、条件、教育及び情報を享受する権利」でもある。健康権の内容は、自由と権利の両方の権利が含まれ、さらに「参加の権利（自由権、受益権、参政権）」も位置づけられており、「総体としての健康権の把握」が必要となるという。

健康権実現に向けた本質的な要素として、①利用可能性、②アクセス可能性：4つの視点、1) 無差別性、2) 物理的アクセス可能性、3) 経済的アクセス可能性：低所得者が高所得者に比べて不均衡に保険関連費用を負担されない、4) 情報アクセス可能性、③受容可能性、④質があり、これらの①②③④の健康権実現の要素を国家がどのように介在して保障するかが焦点となる。

健康権に対する国家の義務としての大前提は、「すべての人々に到達可能な最高水準の健康」を保障するものだが、「国家が「漸進的義務」であることを理由に健康権実現のための方策を講じないことは、それ自体が義務違反である」という。

国家には、①尊重義務、②保護義務、③充足義務の「義務の三形態」が人権保障を遂行するためには国家に義務が課せられ、特に③充足義務は、国家に対して当該人権の完全な実現に向けて、適切な立法上、行政上、予算上、司法上の促進的及びその他の措置をとることを要求する。さらに健康権が人権としての重要性を失うことはないとする中核的義務の存在を提起している。つまり、「国家はその国の財政事情に関係なく「中核的内容」を保障しなければならない」のである。国家にとって、「(保健医療) サービスがあらゆる方法を通じて、そして他者との協力を通じて「提供されることを保障すること」が健康権の義務であり、「健康権実現の本質的な要素である」「利用可能性、アクセス可能性、受容可能性、質という要素が十分に尊重され保たれているかを監督しなければならないのが国家である」という。

棟居徳子は、このように健康権の法的性質と内実を整理するが、健康権について医療生協運動からの着眼点は、健康について集団で自ら学習し体得することで「よりよく生きる」ものであること、自らの権利であるとともに権利実現のために、健康権に資する社会保障・社会福祉制度の充実に向けた運動を、権利が侵害されたり制限されたりする人々への対抗として、自らの運動とすることである。これは、日野秀逸が主張する「健康の自己主権」に向けた行動の内実でもある。

このように、健康の自己主権が、これまでの衛生警察の文脈にあったような国民の身体
の国家管理としての健康観から、主権者である自らの手に健康を取り戻す位置づけを各種
の班活動などの医療生協運動を通じて体現してきたし、「権利実現の主体者」としての確固
とした立ち位置を内外に示したのである。医療生協運動から見出せる先見性は、「健康の自
己主権」を喚起した住民運動と、地域住民への医療保障に向けた医療提供施設づくり運動
であり、そこには医療観を、人権を軸に転換するソーシャルアクションとしての位置づけ
も見出せる。

第3節 医療・介護サービスの商品へ対峙する「事業と運動」の限界

これまで、医療生協の事業と運動について、生協法人選択という医療における大衆的民
主的運営の実践、健康の自己主権から見出す健康権確立運動という先見性を概観してきた。
ここでは、医療生協運動の限界点を考えていくことにする。

医療生協運動のベースは「助け合い」「支えあい」であり、時々の社会情勢や経済情勢の
中で「たたかい」をしながら、事業としての対応してきた。医療生協の事業と運動は、互
いに矛盾を内包しながら進められていた。これは、購買生協も生協運動も同様である。医
療生協の事業は、購買生協のような日常生活品の共同購入とは異なり、医療・介護サービ
ス提供である。特に医療サービスは、数十年前までは医療保険では本人負担がゼロなどの
ように、ある意味で「公的サービス」との位置が強く、保険証があれば医療が受けられた
が、昨今は、医療費の窓口負担が増大し、医療サービスそのものの「お金を出して診て
もらう」、つまり「お金を出して医療サービスを買う」という性格が強いものとなっている。
介護サービスは、医療保険の現物給付と異なりサービスに見合う現金給付となるので、さ
らに介護サービスの場合は「買う」感覚が強く出る。そもそも、医療・介護サービスとど
のようなものなのか。医療・介護サービスにおける商品化について検討しておく。

1) 医療・介護サービスとは何か 医療・介護サービスの商品化をめぐる

日野秀逸（1977）は、「高度に発達した資本主義国における経済的な法則が「医療」をど
のように支配しているか見なければならない」²⁸という。医療は、「共同消費」という歴史
貫通的側面がありながらも、歴史的には労働力商品化によって商品化された労働力を管理

²⁸ 日野秀逸（1977）「医療の政治経済的とらえ方」『医療論序説』医療図書出版社、97

したり、修理したりする仕事も商品化され、それが医療の商品化につながり、「医療が商品化されたというのは歴史的に見れば大きな進歩といわざるを得ない」²⁹という。「ロックが述べたような権利としての健康が形式的であることの物質的根拠の一つは、労働力としての商品の特殊性にある」³⁰として、権利としての健康の萌芽を見出す。つまり、医療そのものが社会の中で占める割合が小さかった時代と比べれば進歩なのである。

資本主義社会が本来商品ではなかった労働力を商品化したように、医療においても医療サービスの提供が業として成り立つ。さらにそれらが労働の再生産に組み込まれて、医療も労働の再生産の一般条件となる。これらの共同消費手段が資本の再生産の一般的条件となつてからは、資本がそれらの整備を行うようになる。こうして資本主義社会において「生活に必要な基本的なものが、個人消費から社会的共同消費に変わり、それが資本に支配される」³¹という。医療という共同消費が資本によって、商品化されて支配されていく状況を、「医療という生活手段をとおしての収奪が、資本主義的生産様式の中でつくり上げられてゆき」、「医療を生活手段として買う労働者は、低賃金のために、医療という商品を十分に買うことが出来ない」³²と示す。

日野秀逸は、医療の歴史貫通的側面について史的唯物論の立場から、歴史の必然としての「医療の商品化」を見出しながらも、労働者の再生産の一般条件として組み込まれ、資本が整備する社会的共同消費としての医療によって、労働者は、必要な医療の収奪にさらされる状況を説明する。これは、医療の商品化によって、社会的共同消費としての医療を資本主義の中で位置づけ、そして医療という社会的共同消費の要求を運動として突き付けることができるものとなる。医療の商品化というプロセスを歴史的文脈、で日野秀逸は捉える。

一方、横山壽一は、歴史的文脈というよりも、医療の商品化の日常的実践が、日野秀逸のいう社会的共同消費の根幹を揺るがしかねない状況を引き起こすことを、社会保障の市場化の視点から分析する。

横山壽一（2009）は、「社会保障の市場化は、本来は市場とは異なる原理を持つ社会保障の領域に市場の原理を持ち込み、社会保障を市場と同様の仕組みを持つ存在へと転換させ

²⁹ 日野秀逸（1977）前掲書、63

³⁰ 日野秀逸（1997）前掲書、65

³¹ 日野秀逸（1977）前掲書、74

³² 日野秀逸（1977）前掲書、105

ることを意図して進められる特異な社会保障政策である」³³という。ここでいう「市場と同様の仕組み」とは、「100 円の商品を 1 つ買うときは 100 円を支払い、2 個買うときは 200 円支払うというルールは、実際にはどの場面でも当然というわけではないが、日常的に市場で繰り返していることなので、自然の感覚として身についている」³⁴という日常実践を経て身についた市場感覚である。「トマト 3 つで 100 円」というような形で、例えばトマトは売られているが、医療サービスの場合、「診察で 1 回 500 円」などとは言わないし、医療保険による負担割合の違いで表示できない。しかし、医療サービスを受ける際に、「医療費を医療機関等で支払う」という市場感覚を持ってしまう。医療は保険がきくものの、医療機関で支払う医療費が「医療サービスの対価の一部である」と体験的経験的に学んでいく。付言すれば「お金を払うから医療が受けられる」し、換言すれば「お金がないと医療は受けられない」ことになる。

こうした実践を積み重ねて「商品としての医療サービス」が社会保障の市場化の問題として顕在化する。横山壽一による「医療の商品化」の視座は、日野秀逸のいう「資本による社会的共同消費としての医療」が、市場的公平感という日常実践を通して、社会的共同消費としての医療への労働者全体的な要求になりづらくなることを意味する。つまり、社会保障は、応能負担し給付は必要度に応じる仕組みであるが、「市場の公平観は、社会的責任ではなく自己責任、共同性、公共性ではなく個別性・私的利益を基本とする」³⁵というように、社会保障である「社会的共同消費としての医療」への視座が、市場的な感覚に取って代わり、個人の損得勘定で考えるものとなる。すると、日野秀逸のいう「医療の要求は、社会的共同消費手段への要求という性格がつよく、決して個人的な要求には還元されない」³⁶とする主張には、時代的变化もあるのか、適合しない側面も見出せる。医療サービスの商品化は、市場における公平性を社会保障に見出すのだが、それは、社会保障を個別性や私的利益、損得勘定で推し量るものとして人々に認識させる。本来、医療サービスは商品化に見合わないのだが、医療保険制度による一部負担金負担の現実を鑑みたとき、「お金を払ったのだから」という、市場価値換算に基づく等価交換化が日常生活の中で繰り返されて「当たり前」になっていく。必要充足されるべきものが私的所有物の多寡によって左右されてしまう現実があらわれ、お金がないので医療が受けられないという実際につ

³³ 横山壽一（2009）『社会保障の再構築 市場化から共同化へ』新日本出版社、44

³⁴ 横山壽一（2009）前掲書、99-100

³⁵ 横山壽一（2009）前掲書、101

³⁶ 日野秀逸（1977）前掲書、88

ながる。

介護サービスではどうか。介護保険制度は、社会福祉の市場化の画期なのは疑う余地がない。社会福祉の措置から契約への転換は、介護保険制度実施による経年的な日常実践が社会福祉は契約行為としての感覚をもたせる。医療保険とは異なり、介護保険は現金給付を行う仕組みであり、給付構造そのものが市場化されている。岡崎祐司（2007）がいうように、「高齢者が生活するうえで介護サービスの必要性が明らかでありながら、なんらかの理由で介護サービスを利用していない場合の被保険者に対するサービス供給に関する行政責任は負われない構造になっている」³⁷のである。介護保険制度を悪用したコムスン事件³⁸や、介護保険制度が40歳以上の国民に保険料を徴収しながら、利用できる制限を設け介護保険を使わせない詐欺である³⁹との指摘もある。しかしながら、現状で、介護保険制度による現金給付による介護サービスを利用する仕組みがあり、つまるところ介護サービスを購入することが前提である。

医療・介護サービスの商品化は、これまで無償で助けあいとされてきた行為や関係性が、商品化されていくことでもある。例えば、医療生協の組合員どうしの助け合い活動が、有償ボランティアとして活動したものに対して、有償ボランティアの意義を理解しない一般市民が「お金払ったのだからプロ意識もってやりなさい」などといってトラブルが起きた例がある⁴⁰が、これは、助けあい活動が「家事援助サービス」という商品となって利用者に受け取られた事例である。助け合い活動は「家事援助サービス」ではなく、提供者と利用者との関係性の中で成立するものである。こうした例は介護保険制度施行後に、今まで措置であった社会福祉が契約行為となり、介護サービス商品となって日常的に市場感覚として浸透しまったことが大きな理由である。医療・介護サービスは、信頼関係をもとにした提供者と患者・利用者の関係であったものが、契約をもとにした提供者と契約者である消費者との関係になってしまった。医療・介護サービスは、契約をもとに品質保証を求められ、「共同の営み・共同生産としての医療・介護サービス」としてはほど遠くなったのである。

³⁷ 岡崎祐司（2007）「社会福祉の準市場化と市場個人主義をめぐる理論的検討」社会福祉学部論集第3号、30

³⁸ 横山壽一（2009）「『改革』の帰結と今後の課題ーコムスン問題も例に」『社会保障の再構築』新日本出版社、ほか参照

³⁹ 日下部雅喜（2014）『介護保険は詐欺である』三一書房

⁴⁰ 例えば、尼崎医療生協は有償ボランティアを、利用者と支援者との間の「組合員どうしの助け合い」として定義した上で実施している。そこには、利用者が金銭を支払っていることによる過度な要求があり、「組合員どうしの助け合い」の枠を超えた家事援助サービスとして「助け合い」を利用者が認識した経過があった（2016年6月）。

医療・介護サービスの商品化は、日常生活での実践を通じて、助け合いや支えあいという「共同の営み・共同生産サービス」を解体し、信頼関係を一方的な保証に変えて、関係性を分断する。そして、商品化された医療・介護サービスは、購入が前提となり、そこには当事者の「お金のあるなし」の問題、私的所有物の多寡によって、医療・介護サービスが受けられなくなる問題が起きている。

医療・介護サービスの商品化は、日野秀逸のいうように歴史的には広がりをもたせたが、今日の医療・介護サービスの商品化は、「資本による社会的共同消費としての医療や介護」を労働者全体の要求にしづらくさせた。日常的実践である市場の公平性を自らの考え方としてしまい、個別的私的利益の問題に誘導する。必要充足されるべきものの入手をお金のあるなしで決定し、お金がない者はそれを仕方がないものとして受け入れてしまう、市場感覚が商品化の正統性を助長し、社会保障・社会福祉の中身を市場感覚で「つくりかえ」してしまうのである。本来の医療・介護サービスは、提供者と利用者との共同の営み・共同生産によって担われるべきものであり、提供者の一方通行的な義務の履行ではない。

2) 医療・介護サービスを商品化する ISO 規格：手段が目的化すると「商品化」へ

医療・介護サービスの商品化は、なにも「共同の営み・共同生産としての医療・介護」と対極を意味するだけではない。医療・介護サービスの商品化によって、患者・利用者が消費者となり、提供者はその商品への品質保証が求められる図式は、医療生協にとって地域組合員と職員組合員との共同の営み・共同生産としての医療・介護サービスとは相容れないものではある。しかし各種制度などの「市場を支配する思考や行動様式」を導入することで無意識のうちに顧客と商品の管理になりかねない事態も生じる。

「市場を支配する思考や行動様式」は、さまざまな国際規格としても存在するが、医療生協も国際規格を導入している。それが ISO 規格である。医療生協による ISO 規格導入はどのような意図ではじまったのか。ISO 規格導入と組合員の参加と協同についてテキストから読み解く。医療生協の通信教育テキスト『IS09001 入門』⁴¹の内容と要点を整理してみよう。

テキストでは、「医療生協におけるよい医療サービス」として「医療生協の「よい医療の3つの指標」」をあげる。それは、①治療内容が現在の水準を反映した医療であること、②

⁴¹ 日本生協連医療部会編（2006）『通信教育テキスト IS09001 入門～ISO で医療の質をたかめるために～（第3版）』

不必要な診断や治療は行わない医療であること、③患者に病状や治療方針が納得いくように説明されている医療であること、という。その上で、「医療生協の患者の権利章典」を掲げ、闘病主体者としての5つの権利とこれらを守り発展させる責任を明確にし、組合員の参加と協同・学習で進めようとする。

医療生協運動は、患者である組合員が主体的となる医療運動である。組合員の参加と協同・学習により、患者である組合員中心の医療実践を医療者とともに進めてきた。ここでのポイントは、患者である地域組合員と医療者である職員組合員が同じ立ち位置にあって、サービスをつくりあうものとして医療を位置づけたことである。これは、医療生協の大きな特徴である。こうした背景があるからこそ、「患者の権利章典」、現在の「いのちの章典」が息づくのである。

しかし、ISO規格導入は、患者である地域組合員と、医療者である職員組合員との「共同の営み・共同生産としての医療」を、医療提供者と顧客である医療消費者との関係に回収する。それは、以下の通りである。つまり「なぜ医療機関・介護施設において ISO9001なのか」として、「これからは患者や利用者が医療機関や介護施設を選択する時代になってきています。患者や利用者の満足を獲得し、患者や利用者には選ばれる存在であり続けなければなりません。患者や利用者の満足度を把握し、患者や利用者の満足度の向上を図っていくための仕組みが不可欠といえます。ISO9001は、顧客の満足を得るサービスを確実に提供する仕組みであり、顧客の満足度をより高めるために組織の仕事に仕方を改善し続ける仕組みです。医療機関や介護施設が今後患者や利用者には選ばれる存在であり続けるために組織として持つべき仕組みとして、まさにぴったりとあてはまるものです」⁴²と必要性を主張するからである。医療生協の最大の優位性ともいうべき、共同の営み・共同生産としての医療を、市場社会における顧客として地域組合員として見方を変え、さらに顧客である消費者は賢い選択をするので、医療提供者は商品としての医療サービスの質をあげなければならないという。商品サービスの質は、「顧客満足度」という消費者ニーズに応えるものというわけである。テキストにある「医療生協におけるよい医療サービス」は、単純に顧客満足に左右される医療サービスに成り下がったのか。そもそも「医療生協におけるよい医療サービス」と「ISO9001による医療サービス」とは、内実が大きく異なる。これを同列に扱わざるを得ないのはなぜか。

⁴²日本生協連医療部会編（2006）前掲書、31

確かに、市場社会において医療・介護サービスは商品化され、顧客満足こそが第一義になっている。それは否定しようもない事実である。しかし、医療生協の組織的特徴や歴史の変遷から「顧客満足の高い医療・介護サービス」という概念は想定し得ない。そもそも、「顧客」という概念を生協、医療生協は持ち得ないはずである。組合員は顧客なのか。決してそうではない。生協研究の知見でも、組合員の顧客化は、生協組織そのものの存在意義を失わせると指摘してきたとおりである。特に、医療生協の場合、医療・介護サービスの特殊性から、患者や利用者との協同なくして質の高いサービスなどありえない。協同とは、顧客満足度という際限のない要求に応えることを意味するものではない。

ISO 規格導入は、市場社会への対応から必要であったことは理解できる。市場社会において、医療・介護サービスを提供する事業者として、ISO 規格は対外的に一定のサービスの質を担保できる指標である。しかし問題なのは、テキストにあったように「医療生協のよりよい医療サービス」が「ISO90001 による医療サービス」と同義とされてしまい、対応としての ISO 規格が、いつのまにか目的化していることなのである。

ブラウン（2017）は、「わたしは、新自由主義を規範的理性の命令であると考え。その命令が優勢になるとき、それは経済的価値、実践、方法に特有の定式を人間の生すべての次元に拡大する、統治合理性のかたちをとる」という。さらに「資本主義的合理性が市場モデルのすべての領域と活動へ、貨幣が問題ではない領域であっても、散種し、人類を市場の行為者であり、つねにどこでもホモ・エコノミクスでしかありえない者として設定する」⁴³と指摘する。「市場を支配する思考や行動様式」とは、ここでは新自由主義的思考や行動様式と位置付けられよう。日本の資本主義経済は、1980 年代以降の中曽根内閣が推し進めたのがはしりであるが、今日の「アベノミクス」などの経済政策も新自由主義路線である。ブラウンは、「ホモ・エコノミクスでしかあらわれない」とする「規範的理性の命令」の構造を究明するが、「新自由主義的合理性」は、人を「人的資本」として見出し、これまでの統治のあり方がつくりかえられるという。

医療生協における ISO 規格導入をどう捉えるか。ブラウンも指摘するように、ISO 規格導入が、実際的には、新自由主義的合理性の「トロイの木馬」としての役割を果たし、新自由主義的合理性を組織内部に広げ、医療生協の組織的特徴や医療生協運動の歴史を打ち消してしまう、もしくは「昔の話」で終わらせるものになりかねないとも指摘できよう。

⁴³ ブラウン（2017）『いかにして民主主義は失われるのか』みすず書房、26-27

地域組合員と職員組合員との協同が見いだせず、職員と患者・利用者として顧客・商品の管理に収斂され、さらにマネジメント手法が組織を管理すると実践すれば、人権としての健康（健康の自己主権）を自ら主張しつつも、事業活動では打ち消しかねない。ブラウンのいう「自分たちが新自由主義的経済政策に反対している NGO、非営利団体、学校、近隣組織、社会運動までもが、新自由主義的合理性によって組織化されている」⁴⁴との指摘は、医療生協の組織も例外ではない。ISO 規格導入は、医療の質を高める仕組みとしての手段ではあるが、新自由主義的合理性という思考や行動様式が内在しているとの受け止めも一方では必要になり、その自覚できなければ ISO 規格導入は目的化してしまい、医療生協の組織的特徴や優位性を自ら捨て去り、市中で市場化している医療への対応で凌ぎを削る民間医療機関となんら変わらないものとなる。新自由主義的合理性について事業活動を通じて無意識に表明することは、医療生協が培ってきた組織的特徴である地域住民も職員も「ともに組合員」という感性を、顧客に最良の商品を提供する形、顧客と提供者という関係に還元してしまうのである。

生協陣営が新自由主義的合理性に対して無自覚だったことは、今にはじまったことではない。例えば、戸木田嘉久（2005）は、岡本好廣（2000）の論考で示した「社会の非常識」ともいえる「生協の常識」を打破し、直ちに「経営改革」に着手すべきで、それを積み重ねて中期計画である「構造改革」を実現する」との主張や、鈴木哲男（2000）の「基調セミナー」での「生協内の身内意識、組合員への甘えを見直そう」として「生協らしさを問うことなく、つまりは収益第一主義をもって営利企業と同じくリストラ合理化に徹せよ」の主張に対して大きな疑義を指摘する⁴⁵。これらの主張は、いずれも新自由主義的合理性によって見出された主張であり、生協らしさへの再点検を要請したものではない。購買生協も医療生協も、生協組織への信頼をどう位置づけていけるか、商品化への問題とともに経営問題への対応からも問われるのである。

3) 医療生協の「事業と活動」批判

田中秀樹（2000）は、生協組織一般について、「日本型市民生協が「消費者の協同」である限り、「商品を求める協同」へと収斂する傾向」となり、「生協運動が「生活における協

⁴⁴ ブラウン（2017）前掲書、233

⁴⁵ 戸木田嘉久（2005）「経済社会の在り方と経済民主主義の位置」『生協再生と職員の挑戦』かもがわ出版、268-269

同」の追求を忘れ、商品づくりに邁進することになれば、生協において「事業と運動の乖離」が一層推し進められ、「事業の販売システム化と、組合員の顧客化・消費者化」が進んでいく」⁴⁶と示した。これは、上述のように新自由主義的合理性にもつながる問題提起である。

生協陣営による「事業と運動」との乖離について、例えば、鈴木勉（1999）は、介護保険導入に際して「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」に関する意見」への日本生協連の対応を批判する。つまり、競争によって「支払能力の有無によって逆選別が強まることは容易に想像できるのもかわらず、さらには行政の介護サービスの実施責任を免責する「提案」まで行うとは、これでは介護保険制度や社会福祉基礎構造改革の「丸のみ」という他ない」といい、「巨大な市民組織としてのパワーを背景に利用者の立場から介護「保障」制度の確立に向けて批判的提言を行うべきであり、こうした形で協同組合のアイデンティティを発揮しないかぎり、思想的危機は協同組合の存在自体への危機につながるであろう」⁴⁷と強く警告する。鈴木勉の警告は、国に媚びることなく、市民組織である生協が生協らしさをもって国へ主張することの重要性である。

厚生労働省は、生協の事業や組合員活動について、「生協の「事業」とは、生協法の規定に基づき各生協の定款に定められ、組合員を中心に利用されるものである」、「生協の「組合員活動」とは、生協法の規定に基づく事業とは異なり、組合員有志による任意の助け合い活動等としておこなわれるものである」として「生協の「事業と」組合員活動」について」を定義した⁴⁸。ここでは、生協論での運動の捉え方を整理し、医療生協における「事業と運動の乖離」を検討し、医療生協が運動としての立ち位置を自己規制して「活動」として再定義した「医療福祉生協の地域包括ケア」の論点を整理する。その上で、医療生協にとっての「運動」の立ち位置や、事業と運動を一体化させる優位性を検討しておく。

川口清史（1986）は、生協における事業と運動の捉え方として、①「流通過程の合理化を主要なる任務」と「被圧迫階級の解放運動の一分野」という近藤理論と、「（生協は）労働者階級を主体とする組合員組織と資本体系をとる経営組織との二重構造」などの二元論的捉え方と、②運動の側により本質的な位置を与える捉え方としての生協運動を経済民主主義運動の中に位置づけを見出したことは既述のとおりである。

⁴⁶ 田中秀樹（2000）前掲書、109-110

⁴⁷ 鈴木勉（1999）「介護保険制度の導入と協同組合の課題」『協同の発見』No. 84、23-24

⁴⁸ 厚生労働省社会・援護局地域福祉課消費生活協同組合業務室（2017）「生協が行う地域福祉の先駆的な取組事例」、4

いずれにせよ、生協にとって事業と運動が不可分であること、また「大衆運動をつねに事業活動を基盤にしたもの」として医療生協を捉えることもできる。事業活動は、常に地域の医療や介護に向けられた大衆運動を志向するものもある。

そのように考えたとき、医療福祉生協が提唱した「医療福祉生協の事業と活動」は何を意味するのか。ここでは、「事業と運動」と「事業と活動」の差異を検討しておく。

医療福祉生協連は、地域包括ケアシステムへの対応として、『医療福祉生協の地域包括ケア』をめざして⁴⁹を公表した。医療生協の地域包括ケアを打ち立てるにあたり、国の地域包括ケアシステムの3つの問題点⁵⁰を指摘する。これまで進めてきた『地域まろごと健康づくり』は地域社会全体を対象にした事業と運動を広げてまちづくりをすすめることを指し、「医療福祉生協の地域包括ケア」を包含するものであると定義する。つまり、「健康づくり」という大きな事業と運動の中の一部に「地域包括ケア」が含まれる認識である。さらに、医療福祉生協の地域包括ケアは、「医療福祉生協のいのちの章典」「医療福祉生協の理念」をベースにして「4つの視点」を大切に実践するとする。

さて、問題になるのが医療生協にとっての「健康づくり」と「地域包括ケア」の位置関係である。「健康づくり＝事業と運動」であるのに対して、「地域包括ケア＝事業と活動」の対置構造が見える。また、3つめの視点「組合員の自主的活動」では、高齢社会を支え、地域の高齢者問題を解決する力は自主的な組合員活動であるとし、「制度の改善・充実を求めつつ、身近な問題は自分たちの力で自主的に解決する」のが「医療福祉生協の地域包括ケア」という。

また「医療福祉生協の地域包括ケア」を実践する上での「2つの課題」を見ると整理がつく。「2つの課題」とは、「高齢者の「暮らし丸ごと」に向き合う」と「制度充実は不可欠」である。特に後者では、地域包括ケアシステムにおける自治体間格差に必要なサービスが利用できないことを中心に論じ、憲法13条や25条、「いのちの章典」におけるアクセス権に関わる問題の課題として整理する。さらに「事業と活動を通じて地域ニーズの把握

⁴⁹ ここでは、『虹のブックレット106 医療福祉生協の地域包括ケア』（2016年6月）及び医療福祉生協連理論誌『Review and Research』vol.1（2015年2月）における「医療福祉生協の地域包括ケア」を活用して検討を進める。

⁵⁰ 医療福祉生協連は、地域包括ケアシステムを医療福祉生協の明るいまちづくりを後押しする側面がある一方、都市部の高齢者対策、自治体間格差の前提、マンパワー確保のあいまいさ、医療・介護事業者の負担前提、公的財政負担の軽減策⁵¹があるとする二面性のある政策と指摘する。「暮らしを支えるという医療福祉生協の認識と一致する部分があり」、「まちづくりを後押しする側面を持って」と評価しつつ、「自治体間格差やマンパワー確保対策が不明確である」こと等の問題点を内包するという。

を行い、自治体と懇談を進めます。日頃の豊かな実践意に基づく政策提言や自治体等に設置されている各種協議会への参加も追求します。このことは高齢社会に対応する、日常生活圏域での「明るいまちづくり」のとりくみ⁵¹とまとめる。医療生協の地域包括ケアの実践は、解説から「地域包括ケアの事業と活動」となる。また「アドボケーターの役割を組合員や職員が担い、総合的な事業と実践を切り結ぶなど「いのちの章典」実践指針と」する⁵²ほか、憲法 13 条や 25 条への言及があるが、必要なサービス利用の地域間格差のみについて「制度充実是不可欠」と読めなくもない。

医療生協の地域包括ケア実践を考える上で、「健康づくりの事業と運動」が果たした役割は大きい。江本淳（2015）は、「医療福祉生協の地域包括ケア」の特筆について健康づくり活動の経験をあげている。1960 年代後半の「健康の自己チェック」以降、1970 年代に日本生協連医療部会が全国方針として「健康チェック活動」を示し、班会や保健大学などで地域組合員が専門職である職員組合員を講師に招いて自分の健康をチェックする実践が広がった。その中で「地域まると健康づくり」の運動が全国的に浸透した。江本淳は、「班会や健康チャレンジなど、医療福祉生協という仕組みを利用した健康づくり活動は、健康づくりを通じて子どもから高齢者まで、多様な人々がるなことに消費生活協同組合らしさがある。この「らしさ」は体操を中心とする通いの場を住民主体で展開することで介護予防を進める地域包括ケアと同じ方向を向いている」⁵³と指摘し、健康づくりが「地域包括ケア」をリードする可能性を見出している。

では、「医療福祉生協の地域包括ケア」を実現するために「4 つのポイント」とは何か。1 つめの「日常生活圏域での取り組み」では、自治体や他事業者との連携、各種制度を使いこなし、「不足するものは自ら作り出しつつ制度の充実をめざす改善提案につなげていく視点が重要」であり、医療生協の優位点を発揮して地域包括ケアへの対応と改善提案を「私たちの出番」と位置づける。「いのちの章典実践ガイドライン」を引用して、「医療福祉生協以外の地域の事業所や住民団体、行政とも積極的に協同して、地域の医療・介護提供体制の充実や社会保障を改善する活動（点線部は筆者）、健康づくり活動にとりくむ」⁵⁴

⁵¹ 『虹のブックレット 106 医療福祉生協の地域包括ケア』、36

⁵² アドボケーターとは、「高齢者・障がい者などが自身の権利を主張することが難しい状況にある場合、当事者の権利を擁護するために意見や権利を代弁する人」（『Review and Research』vol.1、6）

⁵³ 江本淳（2015）「医療福祉生協をとりまく環境と事業戦略－医療福祉生協の地域包括ケアをめざして－」生協総研『生活協同組合研究』477 号、24

⁵⁴ 『虹のブックレット 106 医療福祉生協の地域包括ケア』、57

とある。

2 つめは、事業の課題として多職種連携・多機関連携の模索、病院・診療所の地域での役割や組合員要求としての新規事業への取り組みをまとめる。

3 つめのポイントは、支部活動の課題整理から 4 項目をあげる。ア) 地域包括ケアでは支部に力量と主体性が必須で、支部活動を「地域包括ケア」対応とし、体制・場所の確保、リーダーの育成を進めるとする。また「医療・介護制度の変更により、とりわけ低所得・貧困層にとって深刻」で「助け合いの組織としての生協の特徴を生かし、支部や班・グループの主体的な活動によって、医療・介護難民を出さない取り組みがもめられ」とある。イ)「組合員ネットワークの強化と支部活動の見える化」をあげ「医療福祉生協に加入することは、地域の安心のネットワークに入ること」を合言葉に、見える化が医療生協への信頼と自治体との連携に役立つとする。ウ)「事業が担う支部活動の質」に、「生協として事業化できることは積極的に事業化をすすめ」、「自治体からの受託には「質」と事業管理の「責任」が生じる」と喚起する。エ)「日常生活支援の活動」で「軽度者の利用制限、専門職不在のサービス提供」問題あるものの、取り組むことで改善点が見え、「よりよい制度にするためにまず実践してみる」重要性を提起する。

4 つめは、地域包括ケア型地域マネジメントの確立への言及で、「事業と活動を「連動」させるマネジメント単位」「事業の管理」「組織部の役割」をあげる。特に、組織部の役割では、「地域支援事業を開発し受託につなげていくマネジメントが求められる」とし、「「地域包括ケア」を推進する鍵は、「生協というしくみ」そのものを活かすことにある。組織部は組合員組織の管理運営とその補助という役割に加えて、日常生活圏域での地域包括ケアを充実していくための事務局の役割を担うことが重要」とする。これら「4 つのポイント」は、支部や事業所の地域包括ケアの実践に向けての具体的実践のための各論という内容である。

さて、「医療福祉生協の地域包括ケア」を論点整理する。「4 つの視点」と「2 つの課題」では、医療生協の地域包括ケアの前提を示すが、「健康づくりの事業と運動」と「地域包括ケアの事業と活動」にみられる「事業と運動」と「事業と活動」との区別にどんな意味があるのか。

先に江本淳（2015）が指摘するように、健康づくりから「まちづくり」への視点が見出せるのは医療生協運動の大きな特徴である。佐藤卓利（2015）は、けいはん医療生協における地域包括ケアの実践と調査研究にあたって、医療生協の地域包括ケアに向けた実践研

究を進める意義をまとめた。そこでは、地域包括ケアシステムを評価する2つの視点として、①介護保険制度の持続を考えて要支援サービスを切り離し無償または安価なサービスへ代替することを狙いとする視点、②地域包括ケアシステムにおける生活者の視点に立った地域社会の再構築に向けてのステップである視点を出し、「生活者視点に立った地域社会の再構築に向けてのステップ」として医療生協の歴史を振り返り、そこから見出せる優位点や課題を提起した。医療生協の組織的理論的到達を確認すれば、「健康づくりの事業と運動」の一分野だけではなく、まさに地域包括ケアへも事業と運動を一体的に進めてきた組織体と確認できる。

では、「地域包括ケアの事業と活動」とはどんな意味なのか。医療生協の健康づくりの事業と運動との対比で、地域包括ケアは健康づくりに包含される位置関係にある。健康づくりの一分野としての認識が「事業と活動」に至ったと考えられる。また「4つの視点」の文脈を検討すると、社会保障に関わる諸問題への対応に「活動」の使用が運動（社会運動）の意味する「結果として生ずる社会的危機を解決する意図を持って動員される組織的行動」⁵⁵をトーンダウンさせる効果がある。これは、「いのちの章典実践ガイドライン」にある「社会保障を改善する活動」における「活動」も同様である。公的責任は後退し、憲法25条の生存権・人権保障をないがしろにして、ひびきのよい言葉の「助け合い」「支え合い」が社会保障である。「社会保障を改善する活動」がどうして人権保障につながるのか。そもそも、「いのちの章典」では、「いのちとくらしを守り健康を育むための権利と責任」⁵⁶を定める。この「権利と責任」について、筆者は「責任」を「生活困窮者を含むさまざまな人たちの権利保障を推進していく医療生協運動の責任である」と捉えた⁵⁷が、その権利保障を「放置された人権を非営利組織が実質的に保障している」⁵⁸段階から、生存権・人権保障を求める公的責任の追及こそ、医療生協の役割である。社会保障が「支え合い」「助け合い」への定義に抗する意味で「運動」は必要である。また、「いのちの章典」では、「健康の自己主権」を位置づける。健康づくりの事業と運動は、まさに健康権へのアプローチであるが、同時に社会保障権へのアプローチでもある。となれば、健康づくりの一分野である「地域包括

⁵⁵ 「社会運動」：『社会学小事典（新版増補版）』有斐閣より

⁵⁶ 「いのちの章典」（2013年6月）には、4つめに「いのちとくらしを守りはぐくむための権利と義務」を掲げている。

⁵⁷ 岸本貴士（2018）「生活困窮者への医療保障に向けた医療生協の事業と運動に関する一考察－医療生協の組織的特徴に注目して－」佛教大学大学院紀要第46号、25

⁵⁸ 鈴木勉（2001）「非営利・協同組織の事業と公的責任のあり方 福祉領域を対象に」『総合社会福祉研究』第18号

ケア」も同様に「事業と運動」で進めるべきである。「事業と活動」は、医療生協の歴史的理論的到達点の軽視となる。

実践にむけた「4つのポイント」を検証する「4つのポイント」の1つである支部活動の課題では、確かに地域・組合員ニーズに応えるための自治的組織としての主体性や力量が必要になる。支部活動は「医療福祉生協に加入することは安心のネットワークに入ること」の合言葉で安心の組合員どうしのネットワークの中核を担う。だが、「事業を担う支部活動の質」をどう捉えるべきか。総合事業を受託する支部では当然サービス内容である質や運営管理の責任が生じる。支部が地域支援事業を行うには大きな注意が必要ではないか。

「質を担う自覚と責任は組合員にも求められる」⁵⁹が、生活支援などの「サービスの質」は何を指すか。家の掃除の手伝いや独居見守り、宅老所などが医療生協運動の中で生み出し実践してきたが、発足当時は、組合員や地域住民との「おたがいさま」「助け合い」の一環であった。しかし、介護保険制度導入を契機に「介護・家事援助サービス」へ商品化された。商品となった「売り物」には品質保証が求められる。中西新太郎（2005）は、市場化は市場に抛らない「助け合い」のかたちも内実も変化し、非市場領域における関係資源の動員・社会形成の市場親和性が増大すると指摘する。関係資源は、非市場的なもので、当事者どうしの協同であり、「サービスの質」などの概念はなかったのである。それはまさに関係資源であり、「おたがいさま」だからである。しかし、事業として商品化された地域生活支援事業となると、「サービスの質」と事業を担う支部にも商品への責任が生じる。

さらに、支部活動の課題を論じる中に「低所得・貧困」への対応がある。「医療・介護制度の変更により、患者や利用者が行き場を失いかねないという問題は、とりわけ低所得・貧困層にとって深刻」として、「助け合いの組織としての生協の特徴を生かし、支部や班・グループの主体的な活動によって、医療・介護難民を出さない取り組みが求められる」⁶⁰と続く。リム・ボン（1996）は、医療生協運動の歴史を「人権啓発運動」に位置づけた。「低所得・貧困」への対応は、生存権・人権保障としての事業と運動として別立て提示すべき箇所である。

最後に、「生協というしくみそのものを活かす」を検討しておきたい。生協は生協法を基に運営する。生協の仕組みは「出資・利用・運営参加」を指す。

「仕組み」とは「構造」をいい、生協は組合員の出資・利用・采井参加という事業運営

⁵⁹ 『虹のブックレット 106 医療福祉生協の地域包括ケア』、57

⁶⁰ 『虹のブックレット 106 医療福祉生協の地域包括ケア』、63

が「生協のしくみ」である。単に「生協というしくみ」の表現は、医療生協の組織的特徴や理論的到達点が反映されにくく、単に「生協法による事業運営のしくみ」と読み取れる。そうすると、医療生協の理念や「いのちの章典」が、別の考え方に置き換わる可能性もある。実際に、「医療福祉生協の地域包括ケア」の実践に向けて、公的責任を後退させ、地域社会に責任を持たせる「我が事丸ごと地域共生社会」を理念として位置づけながら、生協のしくみを活かすことも可能である⁶¹。

「いのちの章典」から見れば、「医療生協の地域包括ケア」は、自治体や他団体・組織との連携とともに、社会保障が「助け合い」とされて公的責任が後退し、「自助・互助・共助」の実践となっている地域包括ケアシステム・地域共生社会へ、生存権・人権保障に向けた事業と運動での対応が必要である。医療福祉生協の「事業と活動」ではなく、「事業と運動」こそが「医療福祉生協の地域包括ケア」の実践でなければならない。「医療福祉生協の地域包括ケア」には、さまざまな問題を抱える地域共生社会・地域包括ケアシステムへの明確な対抗軸が必要となる。

ここで筆者は「4つのポイント」に追加して5つめのポイントとして「地域組合員・住民への医療・介護保障を担うアドボケーターとしての事業と運動」を掲げたい。

「4つの視点」では、「いのちの章典」、「医療福祉生協の理念の具体化」が説明され、「地域でのアドボケーターの役割を組合員や職員が担い」⁶²との視点があるものの、「4つのポイント」で「低所得・貧困」はなぜか支部活動の課題に包含されている。5つめのポイントとして、明確に生存権・人権保障の視点を事業と運動に位置づけが必要である。地域包括ケアシステムにおける介護保険制度の持続可能性の追求によって、保険適用範囲が今以上に狭められ、さらに様々な事情で介護保険を利用できない組合員や地域住民が出てくる。制度活用できない生活困窮する組合員・地域住民への対応こそ、「医療福祉生協の地域包括ケア」実践に位置づけられるべきである。支部の事業化には注意が必要である。中西新太郎（2015）は、保育市場を例に「保育サービスは（無償の関係資源である）非市場活動と競争して自らを存続させなければならないが、一方で関係資源の無償性が競争的に利用されて、従来の公共サービス体系を壊し、低価格サービス市場を拡大する有力な手段となる」

⁶¹ 例えば、姫路医療生活協同組合（兵庫県姫路市 <https://himeji-mcoop.or.jp/company/>）では、2018年度方針として「事業を通じた社会貢献をひろげ、地域共生社会にづくりにチャレンジ！」を掲げた。注記において厚労省の進める地域共生社会の定義をそのままに活用している。

⁶² 『Review and Research』 vol.1、6

⁶³状況を招いたという。現に地域支援事業へ移行とした要支援サービスは、無償の関係資源との競争で低廉化した。共同生産として位置づく医療生協の支部やグループによる助け合い活動などの事業化には注意が必要なのである。

そもそも、なぜ、医療生協が健康づくりの分野では「事業と運動」の主張ができたにもかかわらず、地域包括ケアシステムへの対応では「事業と活動」なのか。確かに、厚生労働省による定義もあったが、時系列でみれば、医療生協のほうが自らを「事業と活動」として表明したのが先である⁶⁴。これは医療生協の側からの自己規制というべき状況、フォーコーのいう規律権力ではなかったのか。自己規制して運動を「活動」として提示したものが、国に本来運動であるものを「活動」として定義されてしまった形となった。「社会保障を改善する活動」という表現、支部活動に包含される形での「低所得・貧困」への対応に関する記述は、後段で議論となる国が意図する地域共生社会にまさに適合するものばかりである。

医療生協は、「対決回避型の貧困対策アプローチ」を採る日本型ソーシャルビジネスなどのNP0⁶⁵などは異なり、地域を基盤にした住民自治組織であることを考えれば、そこを背景に医療生協運動として批判的政策提言こそ行うべきなのではなかったのか。厚生労働省は生協の組合員活動をあくまでも「事業と活動」という枠にはめようとする。確かに「活動」であれば枠にはまるだろう。しかし、医療生協はこれまでの歴史的変遷から、社会構造における矛盾を捉え、それを運動によって改革をめざしつつ、事業を進めてきたものであって、社会構造そのもの変更や修正を求める運動がベースにある運動体なのである。だからこそ、医療生協は「事業と活動」ではなく、「事業と運動」なのである。活動とは「対決しないアプローチ」であり、運動とは「対決するアプローチ」と区別もできるだろう。医療生協の強みは、住民自治組織によって社会構造の歪みを運動として迫っていけることなのである。

⁶³ 中西新太郎（2005）「リアルな不平等と幻想の自由—新自由主義「社会開発」の特質と帰結—」『平等主義が福祉をすくう 脱＜自己責任＝格差社会＞の理論』青木書店、34

⁶⁴ 医療福祉生協連は、厚労省に先立って2015年に「事業と活動」を盛り込んだのが『虹のブックレット106 医療福祉生協と地域包括ケア』であり、厚労省が「事業と活動」を示したのが、厚生労働省社会・援護局地域福祉課消費生活協同組合業務室（2017）「生協が行う地域福祉の先駆的な取組事例」であった。

⁶⁵ 渡辺寛人（2019）「ソーシャルビジネスは反貧困運動のオルタナティブか？新しい反貧困運動構築のための試論」を参照のこと。ソーシャルビジネスは政策批判をしない「敵対しないアプローチ」を行う。これも新自由主義的合理性として受け止めるべきものである。

4) 先見性としての「人権・協同」と限界点としての「共同化」:「共同化」への確信に向けて

ここでは、①生協法人格による事業と運動の意義、②「健康の自己主権」・健康権確立に向けた事業と運動の意義、③医療・介護サービスの商品化へ対峙する事業と運動の限界、の3点について検討してきた。①では、生協法人格による事業と運動の意義について、そもそもの生協法の考え方とともに当時の徳洲会による生協づくりの変遷を追いながら、生協法における医療事業の位置づけの再整理を行って、医療生協運動の意義を確認した。ここでは、生協法の理念や組織的特徴を民主医療運動に立脚しながら、さらに地域住民である組合員が主人公であるまちづくり運動にも資することが見出せた。

②は、医療生協の事業と運動の原動力ともいえるべき健康の自己主権・健康権を整理した。健康の自己主権を支柱にするからこそ、民主医療運動を一步進んだ形である医療生協運動として組合員の主権者としての自覚を持つことができた。健康の自己主権が、これまでの衛生警察の文脈にあったような国民の身体の家国家管理としての健康観から、「権利実現の主体者」としての確固とした立ち位置、人権としての確固たる地位を内外に示したのである。

③では、今日の社会情勢、新自由主義社会における医療・介護サービスの商品化に現状の医療生協の事業と運動がどう対峙しているのか検討した。医療・介護サービスの商品化ではなく、医療生協の事業を通じて運動の文脈から、共同の営み、共同生産としての医療や介護を見出す必要性、さらに新自由主義的合理性を内包化して事業活動がなされている現実を直視することを提起した。市場社会への対応としてのISO規格導入の危険性を指摘し、常に「生協らしさとは何か」の自問が求められる。さらに「事業と活動」批判においては、「活動」による「対決しないアプローチ」が、医療生協の持つ住民自治組織による社会構想の歪みへの運動という強みを発揮できないことを指摘した。

このように医療生協の事業と運動の先見性としては、生協法人のもつ地域を基盤とした住民自治組織の大衆所有としての医療・介護サービスの位置づけが見出せるのだが、他方で新自由主義的合理性を内包することへの自覚の欠如とともに、対立を回避するアプローチである「活動」として運動を位置づけようとする動きも見出すことができた。

①②からは、医療生協の事業と運動における要素として、「人権」や「協同」が見出せるし、③からは、限界を認識しつつも、医療・介護サービスの共同の営み、共同生産の視点から、市場化への対抗しうる要素、つまり「共同化」が見出せるだろう。医療生協の事業

と運動の重要な構成要素として、「人権・協同・共同化」が、今日の社会情勢のもとで見出して整理することができるだろう。

このように医療生協の事業と運動について、①②の再整理はできたものの、③である医療・介護サービスの商品化への対峙では、医療生協は「活動」として政策へ適合すべく自己規制するか、もしくは「活動」が持つ意味を理解しないまま飲み込まれてしまう事態も散見できた。③に対する「共同化」に向けて、医療生協の事業と運動はどう確信を持つことができるのか。

次章では、「共同化」への確信に向けて、医療生協の事業と運動がなぜ低所得者への医療保障に資するのか検討する。それは、医療・介護サービスの市場化への対抗であるとともに、医療・介護サービスの共同の営み、共同生産を、医療生協の運動の文脈において「共同化」として再定義しようとするものである。

第4章 医療生協の事業と運動としての低所得者医療保障 無料低額診療事業の実践から

前章では、医療生協の事業と運動の先見性と限界点について論じてきた。本章では、医療生協の事業と運動の先見性として見いだせた健康の自己主権、健康権運動、すなわち、人権運動としての医療保障運動実践としての低所得者医療保障を概観し、医療生協運動の持つ「共同化」への確信に資する検討を行う。

医療生協は、地域住民と医療者との一体化をもった医療を事業とした運動体として「事業と運動」を発展させてきた。医療生協運動は、医療や介護が受けられない地域住民に向けて、さまざまな運動とともに事業としても彼らに応えていったことは、これまでに述べてきたとおりである。本章では、医療生協がこうした地域住民の医療運動を進めていく上で、人びとの健康の自己主権、健康権をいかに育み、保障していくかという予防的な健康教育の視点の運動からではなく、すてに健康の自己主権、健康権が損なわれている当事者に向けて、ともに地域住民の立場から、「自助的救済組織」として救済に対応し、いわば彼らを包摂していく事業と運動に着目し、共同の営み・共同生産としての医療を見出して、医療生協運動の構成要素である「共同化」の視座を確認する。

ここでは、生活困窮者・低所得者の現状を概観した上で、医療生協が低所得者医療保障に向けた実践の一つである無料低額診療事業（以下、無低診）を取り上げる。生協である医療生協が無低診に取り組み意義や課題を整理ながら、医療生協による実践であるこの事業と運動が、現状の社会保障の不備を補完し、運動として制度拡充に資することを社会福祉理論から援用して検討していく。

第1節 生活困窮者・低所得者の医療保障の現状と課題

ここでは、生活困窮者・低所得者への医療保障について概観しておく。2020年2月以降の新型コロナウイルス感染症拡大防止に端を発する学校一斉休校、4月の「非常事態宣言」発出は、社会経済に大きなダメージを与え、2008年から2009年に起きたリーマンショックを大きく超え、2021年現在も進行中である。

厚生労働省は、毎年、国民生活基本調査と前年の相対的貧困率を公表している。例えば、2018年度の貧困線は127万円（等価可処分所得の中央値の半分）、相対的貧困率は15.7%である。これを下回る所得世帯を低所得世帯とする。2018年の日本の総人口は、「1億2644

万3千人」¹なので、1,985万人を超える人たちが貧困状況にあることになる。

今日の生活困窮者、低所得者の現状を、各種統計をもとにリアルに指摘するのは、唐鎌直義による「高齢期生活の実態と安倍政権の高齢者施策」（2018）である。唐鎌直義は、安倍首相が「税と社会保障一体改革」に向けて発した「世界に冠たる日本の社会保障を守るために、消費税の引き上げをお認めいただきたい」との言質の欺瞞を指摘する。唐鎌直義は、「高齢者関係社会保障給付費」という政府によるデータをもって「後退している」事実を証明する」として、「総額だけを見て微増しているといってみても、それは高齢者の数に変化が起きないことを暗黙の前提とした上でそう言えるに過ぎない」といい、「高齢者の数が激増しているのならば、給付費が微増した程度では、一人ひとりの高齢者が受け取る給付費の水準は大きく低下してしまう」という。至極当然な指摘であるが、私たちは、社会保障費という総額をもって諸外国と比較しがちである。「日本国民は経済力に見合った社会保障を享受できていない」とする根拠もここにある。「世界に冠たる」というのは、単純に総額の比較であり、一人当たりの給付額を求めるには、そこから一手間も二手間かけて可視化が必要なのである。さらに高齢者の貧困について、データをもとに丁寧に検証するという。「貧困率²は2009年の24.7%から2016年の27.0%へ、7年間に2.3%上昇した。結果的に貧困世帯数は2009年の496万7000世帯から2016年の653万世帯へ、7年間で156万3000世帯も増え」、「生活保護を受けている世帯（163万世帯）の4倍以上もの貧困世帯が存在している」という。つまり、「生活保護が現に救済できているのは、貧困な高齢者世帯中の15.8%に過ぎない。84.2%の高齢者世帯が放置されたままの状態にある」のである。また、公租公課負担率の検討から、例えば、「高齢単身世帯の平均年収に対する公租公課負担率は2013年の14.9.%から2017年の19.04%へ、4.14%上昇した。年収140万円の単身高齢者に実質19.04%もの公租公課を貸している国は、世界広しと言えども、日本以外にはないのではないか」といい、高齢夫婦無職世帯についても「世帯年収に対する公租公課は19.39%から2017年の21.31%へ」となっており、「年収251万円の高齢者夫婦世帯が公租公課を21.31%も負担させている現実、問題視されなければならない」と憤る。そして「年収251万円の高齢夫婦世帯と年収1418万円の勤労世帯第X10分位がほぼ同じ比率で公租公課を負担している事実をこのまま放置してはならない」と強く主張す

¹ 厚生省統計局人口推計（2018年（平成30年）10月1日現在）

² 貧困率測定基準は、「生活保護を受給していない世帯が生活保護を受給している世帯と同等の生活を送るには、いくら必要かを数値化したもの」という「実質的生活保護基準」をもって貧困率を検討している。

る。こうした社会保障抑制策に連動した高齢者の貧困の広がりについて、「高齢者偏重型から全世代対応型への社会保障の転換ではなく、社会保障を、高齢者分野を含めて「貧困救済型に転換すること」が必要とされている」と指摘するのである³。

唐鎌直義の指摘は、既存の政府によるデータ分析を丹念に行って、それらが現実の生活状況にどう反映されているのかを分かりやすく提示したものであり、貧困を可視化し、貧困への対策に資するものである。しかし、残念ながら、高齢者の貧困問題への対峙に向けて国は大きく舵を切る気配はないのである。

1) 生活困窮者・低所得者の定義について

では、ここで生活困窮者、低所得者とはどんな人たちを指すのか押さえておく。国は、統計局が示す貧困線を下回る世帯を低所得世帯と位置づけ、生活困窮者自立支援法において、「生活困窮者とは、就労の状況、心身の状況、地域社会との関係性その他の事情により、現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」と定義する。橘木俊詔（2006）は、OECD 基準による標準所得の半分に満たない層を貧困者、最低賃金レベル以下を低所得労働者としている。

生活困窮者、低所得者の線引きには、生活保護基準と税制上の基準の2つをもとしながら、実際的には、市町村民税非課税世帯等を援助や税の軽減策の適用としており、厚生労働省は、市町村民税非課税世帯等を低所得者とする。保護世帯や非課税世帯の基準は、介護保険制度における保険料区分（第1段階～第3段階）や後期高齢者医療制度における保険料区分（低所得Ⅰ～低所得Ⅱ）などに援用される。

このように低所得者の定義については厳密な定義はなく、上述の貧困線から見るものと税金から見るものとがあり、小林成隆・西川義明（2010）は、低所得者の定義を「貧困線 \equiv 生活保護基準 \equiv 均等割課税最低限 \equiv 市町村民税非課税世帯等 \equiv 低所得者」という関係を見出すが、「非課税世帯と保護世帯との比較」や「生活保護基準と均等課税最低限との比較」など、生活保護世帯と低所得世帯との比較を行うと、両者は同等に保たれるべき（税法）だが、前者は後者より低く設定されてしまい、実質的には保護世帯のほうが低所得世帯よりも優位となる構造がある⁴という。

³ 唐鎌直義（2018）「高齢期生活の実態と安倍政権の高齢者施策」『月刊全労連』2018年12月、12-22

⁴ 生活保護世帯には、非課税とともに各種扶助により保険料や家賃負担等が現物支給となるが、低所得世帯は、非課税の範囲が限定され、さらに保険料や家賃負担等は免れない。実際の可処分所得は保護世帯より少なくなる。

また、生活保護基準である最低生活費は、厚生労働大臣が、要保護者の年齢、世帯構成、所在地等の事情を考慮して扶助別に定める。「生活扶助基準が、一般国民の消費実態との均衡上はば妥当であるとの評価を踏まえ、当該年度に想定される一般国民の消費動向を踏まえると同時に、前年度までの一般国民の消費実態との調整を図る」⁵とする水準均衡方式がとられている。このように生活保護基準は前年度の一般国民の消費実態との調整により上下に変化し生活保護基準は変動するが、これは、生活困窮者、低所得者の線引きが毎年変化することを意味する。昨今は、生活保護基準の引き下げや税制改革等で、線引きがさらに引き下げられた。こうした線引きは各種社会制度にも影響する。例えば、前年まで該当した社会制度が今年は同じ所得でも非該当となる。つまり、低所得層の定義は、制度変更等により上下を余儀なくされるのである。ことに、低年金生活者水準と生活保護世帯の比較が暗に行われ、前者を上位にするために意図的に後者を引き下げるという政治的な意図も見え隠れするもある⁶。本来は、公的扶助と年金とを比較すること自体がおかしいのだが、こうした比較を日常的に見聞きしており、「当たり前のこと」とする日常生活が今日あるのである。

2) 戦後の生活困窮者・低所得者の位置づけについて

戦後、生活困窮者、低所得者はどのように位置づけられてきたか。ここでは、厚生白書・厚生労働白書での生活困窮者・低所得者の位置づけを踏まえながら後藤道夫（2005）の先行研究を概観しておこう。

厚生白書（1956）では、生活困窮者、低所得者の定義を次のように位置づけてきた。つまり、生活困窮者を、国民としての最低生活すら自分の力だけでは維持できない階層、低所得階層を、最低生活すれすれの生活をかろうじて維持するにとどまる、いわゆる「ボオダー・ライン階層」の定義である。生活困窮者は、生活保護、公的扶助の施策で対応し、「ボオダー・ライン階層」である低所得階層に対する施策として、①世帯更生運動（社会

⁵ 小林成隆・西川義明（2010）「わが国における低所得者の定義をめぐって～市町村税非課税者等という基準の妥当性～」名古屋文理大学紀要第10号、23-33

⁶ 生活保護基準の引き下げ問題は裁判になっており、全国で係争中である。例えば、愛知県内在住の生活保護利用者18名が、国及び居住する各自治体を被告として、2013年から3回に分けて行われた生活保護基準の見直しを理由とする生活保護基準引下げの取消等を求めた裁判では、2020年6月25日、名古屋地方裁判所は、経済状況に左右することなどを含む国による裁量権を全面的に認め、原告の請求棄却の判決を出した。全国各地で生活保護基準引き下げ取り消しを求める裁判闘争が進んでいるが、その最初の判決となった。詳しくは、いのちのとりで裁判全国アクションを参照のこと（<https://inochinotoride.org/index.php>）。

福祉協議会などの地域福祉活動)、②公益質屋⁷(庶民金融機関)、③生活協同組合⁸、④低家賃住宅の4つの施策をあげていた。1960年代になると、高度経済成長とともに貧困は解消され、厚生行政上の用語である「ボオダー・ライン階層」は使われなくなった。貧困は、絶対的から相対的へ変化、さらに貧困＝低所得とおきかえられたのである。厚生白書での生活困窮者、低所得者に力点が強く置かれていたのは、1950年から1970年代であり、その後それらの問題は後景へ退く。貧困の再発見は2000年代に入ってからとなる。

厚生白書からは生活困窮者への支援のあり方の変化も確認できる。1950年代から70年代の生活保護の所得保障から、2000年以降には、「自立支援」が登場する。朱珉(2018)は、「生活保護制度の性格が、最低限度の生活を保障する現金給付中心の制度から就労支援を中心とするサービス給付に重点を置く制度と変貌しつつある」⁹と指摘している。

先行研究から、戦後の生活困窮者・低所得者はどう変遷したのか整理しておこう。後藤道夫(2005)は、戦後の社会保障制度の大枠の原型は、高度成長期半ばまでに形づくられ、定着したのは、1960年代半ばから1970年代初頭にかけてだと述べ、「開発主義型の生活保障枠組み」に特徴づけることができるという。つまり、国家財政や自治体財政は「大企業の成長にリードされた国民経済の成長による雇用と賃金の向上」への間接的支援がメインとなり、大企業等に雇用された労働者とその家族は、医療保険や企業年金、家族手当ほかの企業福祉によって賄われるのである。労働者家族のあり方や維持に必要な費用と、賃金による収入のギャップをどのように解決するのかという問題は、近代的な社会保障と福祉の根本の問題だが、ヨーロッパ型の福祉国家が社会保障として医療、年金、家族手当を国家が支援したのに対して、日本の場合、大企業が労働者やその家族に限って支援した。また、開発主義国家は、政治的・社会的安定を確保するために低成長産業、低効率産業とそれに集中する地域に対する再分配構造を持っており、福祉国家と比べると国家による所得の再配分が産業分配や地域間分配に偏り、社会保障制度を通じての分配は、貧弱である特徴がある。よって、「高度成長産業の雇用・賃金の好条件と合わせ、勤労者世帯の生活の賃

⁷ 戦前の経済保護事業中心の社会事業の流れから、公益質屋や公設市場などを重視したと。これは、日本の社会事業が権利としての社会事業という発想に行きつくことを防ぐ意図があったという(杉山博昭2007)

⁸ 厚生省は、生活協同組合を低所得階層への施策と位置づけた。「その組合員および利用者は、おのずから低所得階層によって構成され、これら階層の防貧施策として生活協同組合の果している役割は、大きなものがあるといわねばならない」(厚生白書1956)とある。

⁹ 朱珉(2018)「考察-生活保護制度における2つの流れと自立支援」田多英範編『「厚生(労働)白書」を読む 社会問題の変遷をどう捉えたか』ミネルヴァ書房、180

金依存度、市場依存度が極めて高い構造となる」という。

大企業で働く労働者や家族には生活保障があるとしても、それ以外の人たちはどうか。後藤道夫は、国民皆保険・国民皆年金制度へ大きな影響を及ぼしたと指摘する。つまり、「国民年金制度と新国民健康保険制度は、自営業者・家族従業者だけではなく、5人未満事業所の労働者をもその対象とする稀な制度で」あったが、「大企業は小零細企業労働者への社会的連帯責任を免れ、その結果、国民健康保険と国民年金は国庫負担の増大にたよりながら保険財政の困難と格差的給付水準に悩まされ続けた」¹⁰からである。

実際、大企業で働く労働者やその家族は、企業折半の負担による健康保険や厚生年金などの企業年金があるが、零細企業の労働者や失業者などそこから外れた人たちには、そうした手当はない。国庫負担が削減され高騰する保険料を支払って加入する国民健康保険、さらに満額支払っても支給は月が6万円程度の最低生活費も維持できない国民基礎年金の状況である。

後藤道夫は、大企業労働者とそれ以外の「二重構造」問題を政府は認識しており、高度経済成長による経済格差の増大と低所得階層問題を重視して、低所得階層への対応を重視していたという。「二重構造」解消に向けた基本政策は、高度経済成長による近代的産業領域の拡大と後進的領域の縮小に求め、「所得倍增計画」を打ち出した。「1960年代初頭においては、社会保障は、二重構造の解消の基礎的原動力である高度経済成長を維持・補完する、不可欠で重要な脇役として理解しており、低所得層対策はその中心の一つであった」¹¹のである。これらは、生活保護制度の大幅な改善からも見てとれる。この時代の社会保障の焦点は、社会福祉領域の充実と勤労低所得層問題であったのである。

生活保護制度における1960年代初頭の転換も、上記の低所得階層への対応重視とその具体化である。生活保護のモデル世帯として日雇労働に従事する男性が世帯主の4人世帯へ変更したが、「モデル世帯のこの変更は、労働能力があり、また実際に労働に従事している低所得世帯（稼働世帯）を、生活保護の中心的対象に想定したことを意味する」¹²という。また、当時の生活保護監査方針の主眼は、保護基準以下にありながら救済の網から漏れる人をなくす漏給の防止であったのである。

しかし、1964年、厚生省は稼働世帯の生活保護受給を引き締める「第二次適正化」を実

¹⁰ 後藤道夫（2005）「『最低生活保障』と労働市場」『平等主義が福祉を救う』青木書店、67

¹¹ 後藤道夫（2005）前掲書、71

¹² 後藤道夫（2005）前掲書、81

施した。大友信勝（2000）は、それを「稼働能力世帯を保護から排除することによって失業者及び低賃金労働者、不安定就労者との摩擦を避け、保護率を上昇させないことにあった」¹³と指摘する。

第二次適正化により、稼働世帯の生活保護制度からの締め出しの方向が定着し、「生活保護の対象は高齢者、病弱者、寡婦などの労働稼働能力のない世帯に限定されるようになり、「被保護層の被救恤層化」¹⁴が生じた。後藤道夫は、低収入の稼働世帯の生活保護からの排除が生活保護の漏給の大きな原因であると指摘する。

大企業等の労働者とその家族は企業福祉で守られながら、そこから外れる労働者は生活保護基準以下の生活水準であっても生活保護から排除された形となる。江口英一（1979）は、「公的扶助総＝生活保護基準よりも、低位な水準まで低下しうる法則性を持っている」¹⁵という。後藤道夫は、「生活保護基準、社会保険による最低保障額、および標準賃金額の相互の正常な関係が成立しなかったという事情、さらにその背後にある強い産業別労働組合運動の不在という条件によってこの「法則性」が強いかたちであらわれた」¹⁶という。

このようにして「60年代末には企業をたよりとする人生設計は広く労働者家族に根を下ろしたのになって」、「労働能力のある男性がいる勤労世帯には、生活保護によっても最低賃金によっても最低限生活保障を与えないという、日本型社会保障の基礎的特徴はこの時代（1970年代）に形成された」のであった。特に、1960年代を通じて公的扶助によって救済支援されるべき対象の範囲が「後進的社会構造に由来する大量の低所得階層から、能力の欠如・欠陥に由来する弱者総へ移行した」こと、さらに「社会保険における最低生活保障理念は欠如あるいは脆弱であり、最低賃金制の強化は放棄されていたため、社会保障制度が勤労世帯の最低限生活を保障すべきだという、福祉国家型の社会保障理念の中心内容の一つが、この移行転換によって、日本の社会保障からほぼ失われたとみるべき」と指摘するのである¹⁷。

戦後日本の社会保障制度は、ヨーロッパ型の福祉国家のそれとは異なり、国民への直接支援が限りなく少なく、あったとしてもかなり不十分なものである。前提として、日本の社会保障制度は大企業による企業福祉によって先行され、それを補完する位置にある。そ

¹³ 大友信勝（2000）『公的扶助の展開』旬報社、238

¹⁴ 木村孜（1981）『生活保護行政回顧録』全国社会福祉協議会、209

¹⁵ 江口英一（1979）『現代の「低所得層」－「貧困」研究の方法』（上）未来社、40-41

¹⁶ 後藤道夫（2005）前掲書、88

¹⁷ 後藤道夫（2005）前掲書、98-100

うなると大企業の労働者とその家族と、そこに入れない労働者や失業者との二重構造への対応が求められた。1960年代初頭には、生活保護の改善が図られ稼働世帯を補足することになるも、生活保護は、適正化がはかられて稼働世帯を排除した「被救恤層化」となり、一時的、恒常的就労不能世帯が社会保障の主たる対象となった。そして、1970年代以降、生活保護基準以下の生活を余儀なくされる労働者、失業者の問題は、「就労の問題」とされていく。つまり、「普通に働けば食べていけるはず」との認識が共有されるに至ったのである。しかし、実態は異なり「二重問題」は温存され、1990年代以降になると、グローバル企業と対抗に迫られた大企業は企業福祉を縮小するとともに、労働者の雇用の流動化を促進させたのであった。

さて、これまで低所得者・生活困窮者の定義から、戦後の生活困窮者、低所得者の位置づけを概観してきた。高度経済成長による二重構造への対応に、積極的に公的扶助を稼働世帯に位置づけたものの、企業福祉によって社会保障が穴埋めされる中で、国による福祉政策は、生活保護制度の労働稼働能力のない世帯へ限定されていったのであった。さらに1973年をピークとして臨調行革以降、日本型福祉社会論、福祉切り下げにシフトした。家族がケアを行う前提（女性をあてにしたもので、無償労働）で、男性が一家の稼ぎ主として位置づけられる日本型福祉論が謳われ、ケアをめぐる社会保障・社会福祉の制度や施策を企業や家族へ転嫁していた。当然、当時も企業福祉や家族福祉から外れてしまい生活困窮・低所得にならざるを得ない社会構造的問題もあった。

1990年代以降になると、グローバル化した新自由主義によって企業が資本増殖を目的にしたことで、それまでの企業福祉が維持できなくなる。さらに雇用の流動化が進み、終身雇用システムが崩れ、稼ぎ主が家族を養う形態が維持できなくなると、非正規雇用で働いて収入を得ねばならず、ワーキングプアが出現した。新自由主義によるむき出しの資本主義により、正規雇用から非正規雇用へ転換され、成果主義という名の競争が激化した。企業や家族に依拠しケアをめぐる社会保障・社会福祉が制度化されていなかった状況はそのままに、新自由主義的な風土の中で企業が事業活動を行うことで、格差と貧困の広がりが顕著となってきている。高所得者層が形成されながら、これまでの中間層没落し、生活困窮者、低所得者は増加してきたのである。

リーマンショック（2008）、東日本大震災（2011）、さらに新型コロナウイルス感染症拡大（2020）を受けて、確かに低所得者への支援もそれ以前と比べれば制度としては増えて

いる¹⁸。しかし一方で、生活困窮者と低所得者とのいがみ合いが熾烈を極めている。

これまで見てきたように、国家は最低生活基準を定めてはきたものの、それらは引き続いて低位に引き下げられ、桜井啓太 (2013) が指摘するように「困窮状態ではない」¹⁹とは、困窮の否定形でしかない。さらに生活保護などの福祉制度は申請主義に基づいて行われる。マイナンバー制度を普及させ、国民の資産状況を国家が把握し、税金逃れを見逃さない体制ができつつあるが、別の角度から見れば国家が国民の困窮状況を把握できる仕組みがあるとも言える。しかし国はこうした困窮は把握を拒否し、あくまでも「申請主義」なのである。生活困窮者、低所得者は自ら訴えかけないかぎり、生活困窮者や低所得者は必要なサービスが受けられない。本来、生活保護制度も最低生活費に不足するような就労収入や年金収入であれば利用は可能であるが、容易に利用できないし、利用させない状況である。このように生活困窮者や低所得者の人たちが、生活するための施策や手当が限りなく少ないのである。

第2節 医療生協による低所得者への医療保障：無料低額診療事業をめぐる

1) 低所得者の医療をめぐる現状：一方策としての無料低額診療事業

前節では、生活困窮者・低所得者の現状と課題を概観してきた。企業福祉と家族福祉から漏れ出てしまった人たちへの医療保障はどのように位置づけられているのか。

国民皆保険体制のもとで、必ず何かしらの健康保険に加入しているという建前があるが、あくまでも建前であって実際に医療現場では無保険状態の人たちが少なくない。公的社会保険である国民健康保険は、被保険者の保険料の減免（法 77 条）と医療費一部負担金減免（法 44 条）を備え、低所得者を視野に入れた公的社会保険としての役割を持っている。しかし現状は、保険料滞納によって「国保被保険者資格はあるけれど、保険料を払っていないので使えません」という資格証明書の発行というペナルティを課して、低所得者への受

¹⁸ 新型コロナウイルス感染症拡大（2020 年 4 月以降）によって、以前では考えられなかった国保被用者の傷病手当金支給、住宅確保給付金などの制度拡大が進んだのも事実である。

¹⁹ 桜井啓太 (2013) は、2013 年 8 月の生活保護制度変更における画期は「自立助長の放棄」であり、勤労控除見直しによる実際の影響として「不安定なワーキングプアのままだに保護を廃止できる仕組み」とする理念があり、「自立した」と認めるのではなく、「もう困窮状態ではない」と認める保護の打ち切りであると断言する。こうなると、働いている実態があれば、多少生活保護基準を下回ろうとも、働いている実態をもって困窮状況ではないとされかねない。さらに生活保護の利用から遠ざけられていくことになる。桜井啓太 (2013) 「自立助長を放棄した生活保護制度 2013 年改革がもたらす影響」『POSSE』Vol. 21、98-105

療権を行政が阻害する事態が起きている²⁰。では、低所得者が「文化的で最低限度の生活」に満たないために不足分を生活保護によって補うことができるかといえば、こちらもかなりハードルが高い。まずもって生活保護の申請権が福祉事務所における水際作戦によって妨害を受け、申請に際しての扶養照会などによって申請する側が自己規制してしまう例が少なくない²¹。

このように、企業福祉や家族福祉から漏れ出てしまった人たちへの医療保障の現状は、①国民健康保険による保険料減免や一部負担金減免制度、②生活保護による医療扶助、そして③社会福祉法による無低診というように選択肢が少なく、さらにそれらの選択肢が選択できない可能性も高い。①②は、上述のように限定的であるし、③は、実施医療機関が限りなく少ない。こうして考えてみると、低所得者への医療は、排除されている状況である。国民皆保険体制のもとで誰もが医療を等しく受けられるはずではあるが、現実はそのようではない。

石村久美子（2007）は、健康増進法第2条にある「国民の責務としての健康」の定義によって、自己責任原理を内包する「健康状態が人々の価値を規定する健康の人格化」とともに、そうした健康観が規範化されるとし、「健康を強いられる社会にあつて、その健康といのちを支える医療保障さえも個人の経済力や社会的地位によって格差が拡大している」といい、こうした状況を「不健康者の排除」と見出す。「今や日本の医療保障は、効率と公平な負担強化の結果として、国民のユニバーサルアクセスを「自己責任」によって放棄している」、そして「無保険者は、保険料滞納者としてのラベリングと国民としての責務放棄の結果、社会連帯の枠組から排除され、自己責任として生命の危機に立たされている」と指弾する。法文にある「国民の責務としての健康」の定義は、健康の自己責任化を促進させる。さらに、石村久美子が指摘するように「支払能力のない人にまで保険証を返還させることは、負担の公正性ではなく、単に制裁であつて、政府の意思と責任と工夫の欠如にほかならない」のである²²。

²⁰ しかし一方で「治療が必要だが医療費の支払いが困難な場合は、市町村の判断で短期保険証を交付できる」との政府答弁書（内閣参質 171 第 5 号、2009 年 1 月 20 日）もあり、行政が低所得者への受療権を阻害することは許されない。

²¹ 保護申請時の親族への扶養照会は、申請者の生活保護申請の自己規制として機能していたが、厚生労働省は親族への扶養照会を止めることできる柔軟な対応をするよう通知した。みわよしこ「生活保護「扶養照会」の不要ぶりを、厚労省が認めざるを得なくなったワケ」（2021. 4. 23）に詳しい。

<https://diamond.jp/articles/-/269300> 2021 年 5 月 20 日閲覧

」

²² 石村久美子（2007）「健康の不平等と自己責任化」岡山県立大学保健福祉学部紀要第 14 巻 1 号、41-

「不健康者の排除」の現状において、低所得者への医療保障は、いわば制度の狭間の状態で、現場で即応できる制度が少ない。制度の狭間といえば聞こえはいいが、亀裂というべきもので、亀裂の谷間に落され、低所得者の医療保障は「制度から排除」されているのである。

生活保護利用者を除き、医療を十分に受けることは低所得者や生活困窮者の場合、かなり厳しい現状がある。低所得者層は、生活保護利用世帯とは異なり、税負担や保険料負担が求められる。例えば、国民健康保険非加入者であれば、保険料支払いとともに窓口一部負担金の支払いが必要となる。実際問題として医療費を支払えないので受診抑制をして、市販薬等で済ます自己規制している状況はかなり深刻である。

戦後、低所得者で医療にかかれない「制度から排除」された人たちを対象としたのが、第二種社会福祉事業である無低診である。国民皆保険体制以前、さらに国民皆保険体制が全国で展開されても「患者による医療機関への医療費支払い」問題は解決されなかった。実際、国保は窓口負担が5割であったのが1958年の皆保険制度確立後10年（1968年より7割給付により3割負担へ）続き、特に低所得者の窓口負担金の支払いの困難な低所得者に向けた社会福祉事業の一環として、無低診は、済生会などの社会福祉法人立病院を中心に展開されていたのである。老人医療費無料化をピークに、老人医療の一部負担を求めるようになると、健保本人負担なしであったものが、1割負担へ、さらに2割、3割となるなど、医療費をめぐる受益者負担としての側面が強く押し出されていく。被用者保険である健保は、事業者と労働者とで健康保険料が折半されるが、国保は、1984年からの医療費抑制政策で国庫負担金が減少、保険料負担が増加し、国保加入者に国保維持の責任転嫁が起きて「払いたくても払えない国民健康保険料」という問題が起きている。

無低診は、尼崎医療生協運動史にもあるように、日雇健康保険、子宮がん検診、訪問看護制度などの地域住民の医療要求に向けた「運動として医療保障」を求めて実践してきたものの一つである。2009年より前には、「医療生協には適用できない制度」と考えられてきた無低診だったが、なぜ医療生協においてその実践ができたのか。

ここでは、低所得者への医療保障の実践として無低診を取り上げる。無低診とは、どのような社会福祉の制度であるのか、無低診の歴史から見出せる特徴等を明らかにしながら、他の法律等での医療における一部負担金減免制度との比較等を行い、無低診の今日的な意

義と課題を整理する。さらに、「社会事業の開拓的役割」が生協に求められる中で、医療生協が無低診どう捉え実践してきたのか、社会福祉理論及び社会福祉運動史から検討する。そして医療生協論との接続を検証しながら、無低診の実践が持つ医療生協論における運動の文脈としての「人権としての医療保障」とともに、医療生協論における医療生協たる十分条件としての要素を見出すことをめざす。

2) 無料低額診療事業研究について

無低診に関する先行研究例としては、石光和雄（2004）、杉山貴士（2011 ほか）、阿川千尋（2017）などが散見でき、無低診に関する先行研究はかなり限定される。しかし、近年、無低診が再度注目されるようになってきており、吉永純（2015）は、京都保健会による無低診の理論と実践を、さらに、近畿無低診研究会（2019）では、歴史、理論、実践とこれまでの知見を集めた研究などがある。

無低診の医療現場での実践例やその実践についての意義などは、例えば済生会等によるものを多く見られる。「無料低額診療を根幹事業とする済生会」というほどに、無低診実践についての報告、紹介等の資料は多く散見できるが、研究論文に類するものはほとんど見当たらないのが現状である。そのような中で、石光和雄（2004）は、『済生会の成立と医療福祉の展開』をまとめ、済生会の成立と無低診との接点を検討しており、本稿の先行研究として位置づけられる。また、阿川千尋（2017）による研究からは、歴史的変遷の詳細が一次資料をもとに丁寧に詳述されている。ここでは、石光和雄、阿川千尋の先行研究に依拠しながら、無低診の歴史的変遷等を概観しておく。

①無料低額診療事業の出自について

ここでは、社会事業史や社会福祉の歴史の研究において、先行研究を追いながら、無低診の出自と系譜を整理する。

ア) 無料低額診療事業の慈恵医療という出自から

社会福祉事業における医療費減免制度はどう始まったのか。ここでは先行研究及び『厚生白書』等から貧困や低所得者への対応を概観し、社会福祉事業としての医療費減免制度の出自を見ていく。

小松隆二（1974）は、吉田久一による社会福祉の歴史的段階を、「慈善事業（明治期）→

社会事業（大正期）→厚生事業（戦時下）→戦後社会事業→社会福祉事業」として整理して「＜社会福祉＞の段階を、国家が、国民の自己責任主義をのりこえて、自ら国民全体の福祉に責任を負うにいたる段階として理解している点に共通点を見出すことができる」²³と指摘する。

さて、無低診の出自について石光和雄（2004）は、済生会による医療保護事業に見出し、済生会の施療券による医療が、当時の医療での救済事業を天皇の恩恵である慈恵医療として位置づけて社会秩序維持の手段としたと指摘する。また、遠藤興一（2009）は、恤救規則以来の厳しい制限主義と国家責任による公的扶助を取らなかったことが、「政府を補ってではなく、政府にできないところを皇室が代わって担う関係において、両者は相互補完的な関係に立った」²⁴というように、国家責任による医療を回避しつつ、国家責任ではない慈恵医療の手段の一つとして施療券による医療保護事業であるとする。

恤救規則の精神である「隣保相扶の情誼」、つまり「貧民救助の原則が、家族や隣保の抱擁や相互扶助に期待すべきものであり、政府による救済は絶対最小限にとどめねばならないこと」²⁵は、日本の救貧制度の前提となっており、政府は、それを維持しながら一方で日露戦争後に台頭してきた労働者組織である労働組合への対応として、慈恵的方向づけをしたのであった。

恤救規則から戦後の社会福祉事業法までの間の医療をめぐる状況を概観し、無低診の変遷から見出せる論点を見ておく。日本初の統一的な救貧法である恤救規則（1874）は、救護法（1929）までの半世紀もの間、公的救貧制度として存在した。

医療福祉をめぐる歴史は、明治政府が生活困窮者の公的救済を目的に初めて統一的な基準を持って出された恤救規則にはじまる。江戸時代の前近代的な要素を多分に含み、救済は家族および親族、近隣による扶養や相互扶助で行うべきとし、どうしても放置できない「無告の窮民」（身寄りのない貧困者）だけは、この規則により国庫で救済してよいとした。

遠藤興一（2009）は、政府が公的救済に関して国家義務の立場を取らず厳しい制限主義をもって応えたことは、当時の恤救規則の通説であり、国民生活における窮乏状態は政策課題からははずせないものと認識の上で、唯一天皇のみがそこへ慈悲を持って対応ができるという構図を作り、政府と天皇とが相まって救済問題にあたるが必要とした。天皇

²³ 小松隆二（1974）「社会福祉の理論をめぐって（1）－社会政策と社会福祉－」三田学会雑誌
ol. 68, No. 4、305

²⁴ 遠藤興一（2009）『天皇制慈恵主義の成立』学文社、41

²⁵ 孝橋正一（1974）『全訂社会事業の基本問題』ミネルヴァ書房、274

が代わって担うという形式が慈恵医療の基本形となった。特に、日露戦争後、度重なる戦争で疲弊してきた民衆を前に支配階級が取ったのは、権利として医療を認めることとではなく、恤救規則の原則を忠実に守りながら、あくまでも慈恵として民衆に認識させることであった。戊申詔書や感化救済事業・地方改良事業を推し進め、天皇の慈恵をもって国民の思想統合に資することであった。日露戦争後に設立した済生会はまさにその象徴となった。済生会は、明治天皇による「施薬救療に関する勅語（済生勅語）」をもとに、天皇が政府への指示の形を取った。天皇の慈悲ある心を国民に知らしめ、政府がそれを受け入れる形をつくった。済生勅語をもって、1911年5月に済生会は成立、「勅令第18号」によって済生会の事業施行が公布となった。済生会の事業は行政に組み込まれ、天皇の救療事業が推進されることになった。

小川政亮（1960）は、済生会の設立を「アメとムチ」としてのアメと解し、「権利としてではなく全くの恩恵、特に国家支配の頂点である皇室の恩恵に源泉するものとして位置づけられなければならぬ」とし「慈善事業はムチの反面アメであることを実証した」²⁶という。慈恵的医療機関が設立されたことで、石光和雄（2001）は、「国家責任を後退させ、医療を受けることが権利であるとの認識を排除し、あくまでも天皇の恩賜として個人の生存や生活を支える国家施策が提起し、さらに広く低所得層をも対象にした」²⁷と指摘する。

菊池正治（2014）は、「日露戦争後の国民支配の支柱をなしたのが天皇制イデオロギーの徹底的普及であった」と指摘し、当時の感化事業に「天皇制イデオロギーを意図的かつ積極的に導入」したという。さらに「救済事業を国家の責任として制度を整備し推進していくのではなく、天皇・皇室の恩恵として位置づけ、国民支配の重要な手段とした」²⁸と指摘する。済生会が設立され、病院設立と窮民への施療券である済生会診療券を配布し、当初は無料に、後年になって有料かつ国庫補助もあった。警察署または市町村役場に「済生会診療券」を置き、公立病院、赤十字病院等で救療を実施、費用は済生会が負担したという。

郡司淳（2004）は、単に、慈恵的性格は、それ自体を取り上げて指弾しても意味がないと指摘する。「問題の深刻さは、被救護者が、貧困を恥辱とする社会の眼差しの下におかれることで孤立を余儀なくされただけに、「天子様ノ御蔭」と認識し、これにすがりしか自己の救済をはかる術を持なかったことにある」のである。つまり「彼ら（民衆）は貧困者の

²⁶ 小川政亮（1960）『産業資本確立期の救貧制度』勁草書房、146

²⁷ 石光和雅（2004）『済生会の成立と医療福祉の展開』、17-18

²⁸ 菊池正治（2014）「日露戦後着の感化救済事業」『日本社会福祉の歴史 付・資料 改訂版』ミネルヴァ書房、66-67

「権利」など知るはずもなかった」し、「近代が犯罪とみなした貧困者の救済しうるものは、絶対者としての天皇のみであったからにほかならない」²⁹からであるという。

ようやく救護法が成立するも（1929）、その目的は変革思想の拡大防止「国民生活ノ不安ト思想ノ動揺ヲ防止スル」であり、救護法制定後は、社会事業法、母子保護法、軍事扶助法などの救貧と治安の抱き合わせ、近衛内閣による国民精神総動員実施要綱、社会事業の国家統制的側面が強調されていく。

社会事業法（1938）によって、社会事業としての施療事業が位置づけられた。これは救護法等の既存法の対象から漏れる社会事業を対象とする補完的な位置づけである。戦時状況下で、社会事業は、厚生事業へと変化し、救貧や社会的問題への対応から、「国家的人的資源化」へ、援助者の大幅拡大と国家介入による厚生事業となった。救護法には医療扶助事業が制限扶助としてあったが、医療扶助制度である医療保護法（1941）では、厚生事業によって一般扶助を志向し対象者を拡大した。今井孝司（2008）は、救護法の医療扶助と医療保護法について、「元来生活困窮者を対象にした医療保護は救護法によるものであったが、『相対的人的貧困者』を対象とした制度であったため、受給する条件が厳しく制限された。しかし厚生事業の大前提には国民の健康管理があったため、建前として医療保護のための別法が必要で」「救護法の医療扶助事業の対象としないための方便として、医療保護法が別立てで運用されていた」³⁰という。

医療保護法は、戦後の社会福祉事業法に位置づけられる無低診の出自である。戦後に社会事業法は死文化し、医療保護法は廃止される。社会福祉事業法（1951）が制定され、そこに医療保護法にあった医療扶助事業が無低診として入っていく。

戦前、医療福祉事業は決して政府が責任を持って行う立場ではなく、天皇が代替する形式となり、天皇による下賜金等が幅を利かせる慈恵主義的性格を持って進められた。医療福祉は、「上から下へ」に行う形が制度的にも精神構造としても構築された。「上から下へ」の医療福祉が常にある中では、当然、医療者と患者との関係性において、患者の権利を見出すことができない。あくまでも天皇による慈悲があって、医療福祉は成り立つ幻想を与えた。慈恵医療は「施し」の側面が強く、医療を行う側にも受ける側にも権利性を見出すことができない。このように戦前の医療福祉は、国が社会保障全般への責任を取ることを

²⁹ 郡司淳（2004）『軍事援護の世界 軍隊と地域社会』同成社、164-167

³⁰ 今井孝司（2008）「戦時下日本の厚生事業再考：部室的貧困から人的貧困への転換」『東洋史訪』No. 14、52

回避し、生活困窮者に対しては慈恵医療で対応する基本構造があった。そしてこの基本構造は戦後も温存されることとなる。

慈恵的な側面を持つというのが石光和雄の見出した無低診への視座である。確かに、遠藤與一がいうように慈恵的側面は強く色濃い。しかし、石光和雄の論では、済生会の無低診は説明できても、戦中に位置づけられた無低診の前身としての戦争遂行のための普遍化志向であった医療保護事業の説明はできない。そこには、救護法から戦争遂行のための諸制度・諸政策である厚生事業として進められた医療保護事業のあり方を踏まえた検証が必要となる。

イ) 救護法から社会事業法、戦時厚生事業へ

そもそも日本における近代的な医療のあり方は、国民を監視し押さえるための衛生警察的な公衆衛生での取り締まりによって進められた。国民への医療保障ではなく、慈恵医療としての側面を持ちながら、社会秩序維持のために社会に位置づけられてきた経過がある。実際、救護法実施（1932）まで国家による救貧制度は法的には恤救規則によって行われていた。しかし1900年以降に、工場法、健康保険法（1922）、国民健康保険法など部分的にはある労働者、農民などへの手当としての法制度がつくられた。これらはまさに社会秩序の意味が強くある。

戦争遂行が第一義となると、医療をめぐる状況は大きく変化せざるを得なくなる。救護法（1932）は、そうした中で救貧制度として位置づけられ、公的扶助義務主義をとって救護の内容を拡大し、救護費負担の明確化を示すなど恤救規則を超える人たちを救護した。しかし、被救護者から選挙権を剥奪し、救護の対象から労働能力のある者を除外するなど前近代的性格を強く残していた。孝橋正一（1974）は、これらを「この制度の重大な欠陥と前近代性を表明するもの」³¹と指摘する。救護法は、当時の全国方面委員や社会事業関係者による帝国議会への働きかけも、成立の一因となったのであった。救護法適用での生活は、孝橋正一が指摘するように、適用を受けても生存を確保するのが困難なものだったという。

社会事業法（1938）によって、社会事業としての施療事業が位置づけられた。これは、救護法等の既存法の対象から漏れる社会事業を対象とする補完的な位置づけである。戦時

³¹ 孝橋正一（1974）前掲書、287

状況下での社会事業は、厚生事業へと変化した。これまでの救貧や社会的問題への対応から、「国家的人的資源化」へ変化し、援助者の大幅拡大と国家介入による厚生事業となった。戦時体制における救貧制度は、救護法（1932）とともに、母子保護法（1938）、医療保護法（1941）とともに、軍事救護法が改正した軍事扶助法（1937）である。特筆すべきなのは、軍事扶助法が、「生活スルコト困難ナル者」を対象とし、前提として兵役につくことができる国民へ優先的に取り扱われたことである。吉田久一（1974）は、「戦時下では、社会事業対象、特に要救護層等は生産力に寄与しない自由主義時代の産物として、隠蔽化され、切りすてられ」、「これに代わって人的資源の保護育成という課題を担って登場したのが厚生事業」であり、厚生事業の成立の思想として「犠牲均分」をあげ、「犠牲均分は全体主義的、国家社会主義的統制思想を背景とし、国内成員が平等におわなければならない犠牲で、その観点から社会事業の再編を論じている」³²という。孝橋正一（1974）は、一連の戦時体制に向けた「これらの公私社会事業にみられる大きな変化は、みずほらしい救護法がもはやせおいかねる社会的障害の増大に対する新しい政策の実現である」³³と指摘する。いずれにしても、「このような情勢を媒介として、この期間を通じて社会事業そのものの発展の基礎が固められつつあったという事実を見逃すわけにはいかない」³⁴と孝橋正一が言うように、戦時体制下における戦時厚生事業はどのような意味を持つのか。

池田敬正（1986）は、社会事業の戦時厚生事業化に伴う援助対象者の大幅拡大と国家による細部の介入について、「社会福祉の新しい段階への発展を意味する」として、これまでの社会事業の「慈恵」の理念変容を迫る契機となったことをあげ、戦後社会福祉の媒介項となった意義を示している。

戦時厚生事業では、吉田久一の示す「国内成員が平等におわなければならない犠牲」³⁵に報いることで、社会事業としての医療や福祉を支給する形が見出され、これまでの選別主義的発想からの転換の起点となった。それが孝橋正一のいう「社会事業の発展の基礎が固まりつつあった」³⁶にあたる。

ウ) 社会福祉事業法における無料低額診療事業 継承された慈恵的性格

³² 吉田久一（1974）『社会事業理論の歴史』一粒社、235

³³ 孝橋正一（1974）前掲書、291

³⁴ 孝橋正一（1974）前掲書、291

³⁵ 吉田久一（1974）前掲書、276

³⁶ 孝橋正一（1974）前掲書、291

日本は、ポツダム宣言を受諾し、無条件降伏をして敗戦を受け入れることとなった。戦前の医療保護法は、戦争遂行のために国民の体力維持をはかるためのもので、現在の権利としての医療保障とは視点が大きく異なる。しかし当時、医療が受けられる対象が格段に広がったことは確かである。医療保護法は、戦後の社会福祉事業法に位置づけられる無低診の出自にあたる。戦後に社会事業法は死文化し、医療保護法は廃止される。社会福祉事業法（1951）が制定され、第二種社会福祉事業としての無低診が位置づけられていく。

戦前・戦中の社会事業や厚生事業が戦後にどう接続するのか。吉田久一（1974）は、「戦時厚生事業理論では、社会問題的発想に代わって、人的資源の保護育成を目標に、その対象が無限定的に拡大し」て、「対象者の人格性や個別性は無視され」、「特に戦時生産力に寄与できない従来からの非稼働的な「要救護性」についてそのことがいえる」という。戦後との連続の問題では、「対象論は、要保護政論・要救護性論ではなく、生産者を中心とした庶民生活論が中心であった」こと、「拡大化された厚生事業理論が、敗戦を契機に再び社会事業理論に変化した」が、これは「占領軍の指導命令という形で、自由主義的な思想的模型という一面がある」として「外部の強烈な指導力が働いている」ことによるものと指摘する³⁷。

つまり、戦時厚生事業のような体制でなければ、不十分で問題はあるものの、社会保障一般の対象を庶民一般に広げられなかったのである。さらに戦後に「外部の強烈な指導力」があったからこそ、社会福祉に関する各種法制が戦後に整備できたのである。「外部の強烈な指導力」がなければ、医療の慈恵的側面は「可視化されて」温存されたままであったとも考えられる。それは、戦前戦後との天皇制の連続性にも通ずるところがある。

石光和雄（2004）は、「わが国における戦後の社会事業は三原則に現されたGHQによる民主化への強い指導にもかかわらず、戦前の天皇制国家主義の色彩を温存しようとする土壌の中で形成され」、「近代的な救貧施設としての国家の医療保護代行機関として成立した済生会は戦後も戦前と変わりなく天皇制国家主義を内包したまま、現代的な社会サービス機関として発展して」いったと指摘する³⁸。「外部の強烈な指導力」がなければ、遠藤與一のいう天皇制慈恵主義のような形での医療こそが、日本の風土に根付いた思想であったとも解せる。慈恵思想の影響はかなり根強く、「医療が権利である」との受け止めができないことは、今日進行している医療の市場化をさらに後押しするものにもなっている。

³⁷ 吉田久一（1974）前掲書、299-301

³⁸ 石光和雅（2004）前掲書、31

戦時厚生事業での不十分ながらの普遍化志向は、日本社会に根強くあった選別主義思想に阻まれ、実践としても、思想としても、乗り越えることができなかった。つまり「慈恵的な側面を持つというのが石光和雄の見出した無低診への視座」であったが、石光和雄の論は、戦時厚生事業を検討した上でも有効なのである。

1951 年、社会福祉事業法が制定となり、無低診が位置づけられた。無低診は医療機関における窓口一部負担金減免を定めたものである。石光和雄（2004）は、済生会の事業について「戦前から医療保護（恩賜医療）事業として行ったものを、無低診として再開させたと解するべき」³⁹と指摘し、戦前の慈恵医療を引き継いだ具体的実践が無低診であるという。

主権在民になった今日、医療の市場化の文脈において、そこから零れ落ちる人たちに対して無低診が実践されているが、やはり慈恵医療的要素の温存が妥当である。なぜなら、医療の市場化の文脈において、医療はお金のあるなしが問題となり、お金がなければ医療は受けられない。そこを民間医療機関が行う無低診は、慈善による医療としての受け止めとなる。この文脈における無低診を「制度としての思いやり医療」と名付ける。

無低診は、財団法人済生会、のちの社会福祉法人恩賜財団済生会などの社会福祉法人立病院等となった。ここでは社会福祉法人恩賜財団済生会の無低診の歴史を中心に概観し、変遷を見ておく。

敗戦により GHQ は、恩賜医療の解体を志向し、例えば、恩賜財団済生会に関する法令である「勅令第 18 号」は、1947 年 3 月に廃止された。当時の状況を振り返って、「済生会が行政の代わりに低所得者の医療を担うことはなくなりその当時の済生会は大変困ったのですが、言うなれば一般の医療機関として生きていくとか当時いろいろな議論があった」⁴⁰という。1949 年、済生会は寄付行為を改正し、皇室からの保護等に関する規定等をすべて廃止して、財団法人済生会として再出発した。サンフランシスコ条約締結により日本が独立を果たすと、済生会は、ふたたび恩賜財団の名を復活させ、皇室から総裁を迎えた。1954 年、総裁となった高松宮宣仁親王は、「済生会は創立の趣旨に鑑み、公の保障制度による患者を扱うことは言うまでもないが、法の適用を受けられない、いわゆる「ボオダー・ラインの階層」にある人々に対して暖かい手を差し伸べることを主たる任務としなければ

³⁹ 石光和雅（2004）前掲書、38

⁴⁰ 「特集 MSW の現場」『済生』vol. 76, No. 5 2000 年 5 月号、11

ならない」⁴¹と述べたという。「社会福祉法人なわけですが、社会福祉法人たる所以は、無低診をやるということにある」、「お助け病院からスタートして言うなれば団体の歴史、伝統そのものが無料低額診療の事業をやることで今日まで来ている」⁴²として、済生会の存立は無低診にあると端的に示す。一時は、廃止論が出されながらも、戦前の慈恵医療を戦後に継承し、「暖かい手を差しのべる」という、「思いやり」にその存立を無低診に求めているのである。

1961 年以降、国民皆保険体制が整ったとはいえ、自己負担は大きな出費となり医療が受けられない状況が起きる。「昭和 36 年に国民皆保険ということで誰もが保険に加入する。したがって経済的負担といっても一部負担金だけということです。ただ、昭和 36 年当時ですと、被用者保険は本人 10 割、家族 5 割、国民健康保険はあまり変わっていませんが、ずっとすべての人が三割ということでそれなりに自己負担があった」⁴³という。国民皆保険体制であっても自己負担のために医療が受けられない人がいる。そのために無低診は必要だった。しかし、国民皆保険体制が確立し、例えば、1973 年の老人医療費無料化や、革新自治体の出現により、公が国民の医療に責任を持つ姿勢が制度化されていくようになると、ますます無低診のあり方が問題となった。国がまさに国民健康保険法「国保は社会保障」を実現しようとしている中で、無低診のあり方が問われるのは至極当然のこととも言える。「人権としての社会保障」実現を国が進める中で、慈恵医療の系譜にある無低診は矛盾する存在として位置づけられるからである。

1974 年には無低診基準が改められ、10 基準による「新基準」が示された。国の医療をめぐる政策は、高度成長期に支えられ、老人医療費無料化を進めるも、オイルショック等により減退、老人医療費の一部負担が導入されると、社会保障費、特に医療費抑制を進める政策が講じられるようになった。

1989 年には無低診の抑制論が起こる。済生会を中心とした無低診を進める事業所等は「全国福祉医療施設協議会」（医療協）設立、「福祉医療制度存続全国緊急大会」開催し、福祉医療制度存続に関する要望書を出した。

『無料低額診療事業の現状と課題』によると、全国社会福祉協議会内に設けた同研究会が「社会福祉法人立病院等の医療機関が実施する医療事業のあり方について」と題し、1989

⁴¹ 堀賢次（2000）「続済生会物語」恩賜財団済生会、204

⁴² 「特集 MSW の現場」『済生』vol. 76, No. 5 2000 年 5 月号、12

⁴³ 「特集 MSW の現場」『済生』vol. 76, No. 5 2000 年 5 月号、14

年の無低診の抑圧に対する問題提起をした。「社会福祉法人審査基準」が改めて通知され、新規事業の抑制する内容となった。「都道府県知事が行う社会福祉法人の許認可事務の審査の中で『必要性が薄らいでいる』ことを明記したことに大きな特徴がある」とし、ここから実施事業所が危機感を持って、協議会設立をしたという。果たしてきた役割と意義は、国民皆保険体制になるものの、「現実には室料差額や介護（付き添い）料、保険診療費の増高などのより受療者負担は増大する傾向にある」。「社会福祉法人立等病院は、昭和49年の無低診の基準改正により、その役割はいわゆる「無料及び低額の診療事業」とどまらず地域医療の充実や種種の社会福祉施設そのものに対してまで医療的支援を実施してきた」

「『無低診』実施施設がまさに、医療を基盤におきながら、その時々派生する福祉ニーズを受け止め、いわば「福祉医療」という現実的なカテゴリーを実践してきていることを意味している」。「国民皆保険制度の充実した今日といえども、事情があり未加入者は数多くおり、また、ボーダーライン層家庭においてはいざ病人がでると生活そのものも容易でなくなる状況にある」。よって、「生計困難者が安心して早期受診できる無低診を実施する医療機関の必要性は、依然として強いものがある」と指摘する⁴⁴のである。

全国福祉医療施設協議会が無低診の実績や必要性への問題提起は高く評価されるべきだろう。しかしながら、国民皆保険体制において、まず活かされるべきは生活困窮者も多く被保険者となっている国民健康保険の役割や機能ではなかったのか。無低診での処置でのみ生活困窮者の医療を支えることには限界があるし、生活困窮者への対応を「福祉医療」の事業に特化することは、国が行うべき生活困窮者への支援・援助を引き出せなくなる恐れがあったのではないか。

1990年の社会福祉八法改正を経て、社会福祉基礎構造改革が論議される中で、地域福祉の増進と利用者と福祉サービス提供者との対等関係（措置から契約へ）、サービスの質向上を目指す方向性が出された。国は、これらを踏まえて社会福祉事業法を改め、2000年に社会福祉法が制定した。無低診は、抑制論を伴いつつも、そのまま残されて存続することとなった。

1990年代から2000年代にかけて、無低診に関する報告書や提言等もいくつか出された。オーバーステイなどの外国人やホームレスで無保険状態の人々への対応を無低診実施機関と連携して取り組む方策が出されており、「制度の狭間」の人々への対応を無低診が受け止

⁴⁴ 福祉医療研究会編（1989）『無料低額診療事業の現状と課題』全国社会福祉協議会総合計画部、11-12

めていく構図がうかがえる。また、非正規雇用や失業等で無保険状態になっていて医療が受けられずに適用となるケースもそこにあった。

無低診は、済生会を中心にした社会福祉法人立病院等で実施されてきた。2001 年の通達以降、通達の徹底、さらに無低診の事業所は抑制する方向が堅持されており、新たに無低診を行うことは、実質できなくなっていた。2000 年以降に外国人の医療問題やホームレスの医療について論議されると、無低診はその存在を示すに至ったが、実際には、一般の人たちがどこの病院で実施しているのかほとんど知ることができなかった。

2000 年代半ば頃から、小泉内閣による構造改革に代表されるように労働環境が大きく変化し、雇用の流動化、非正規雇用が増えるとともに、「富める者がさらに富む」という格差と貧困が顕在化する状況に至った。2007 年流行語大賞では「ワーキングプア」がエントリーし、格差と貧困問題が顕在化した 2008 年に起こったリーマンショックは、当時の派遣労働者が即日解雇され、路上生活を余儀なくされる社会環境が身近なものであることを知らしめた。

エ) 医療生協による無料低額診療事業への参画という画期

2009 年以降に、多くの民医連加盟院所が無低診へ参画することで、これまでの無低診の意義について再検討を促し、国民皆保険体制での無低診の位置づけの転換点となる。

2008 年、全日本民医連第 38 回総会は、民医連加盟院所の無低診実施を訴えた。民医連加盟事業所では、生協法人以外の病院等では実施の実績があった。だが、生協法人で無低診を行っている事業所等は一つもなかった。そもそも生協法人は無低診をやってはいけないとの憶測が支配的で、誰もが届出を行って事業を行うという発想がなかったという。生協法人に先駆けて、実施に向けた準備を進めたのが、尼崎医療生協であった。

無低診は、現行の法律を活用して医療者が患者の経済状況によって受診抑制してしまうことを回避できる即効性のある制度として注目された。医療生協として地域住民の健康といのちを守るという社会的役割の発揮として、尼崎医療生協は、無低診実施を決断したのだった。しかし、当時、医療生協による無低診実施例はなく、阪神間、特に尼崎、芦屋、宝塚には一つの院所も実施していなかった。

第二種社会福祉事業に位置づけられる無低診は、要件を満たした事業所であれば実施はすぐにできる。しかし、現実には届出官庁であった兵庫県の届出窓口は知らされず、たらいまわしにされたまま 6 ヶ月を費やすことになった。そもそも無低診事業へ固定資産税等

が減免される医療生協が実施したいとの意図がわからなかったようでもあった。法人内部での実施に向けた論議はすでに実施している他法人の実践を学ぶことで理解が進んだが、兵庫県との調整は難航した。

2009年3月実施に向けて時間も迫ったときに、小池晃参議院議員による「無低診に関する質問主意書」が時の内閣総理大臣・麻生太郎氏に出された。そこでの麻生総理からの回答が出るや否や、兵庫県の態度も大きく変化した。兵庫県からは届出用紙を渡され、届出に向けた準備も具体化したのである。兵庫県は届出を受理し、尼崎医療生協は無低診事業を開始した。

質問主意書による「基準を満たした医療機関から届け出があれば「いずれも受理されるべきもの」⁴⁵との回答は、抑制論が主流であった無低診の方向性を大きく変化させ、尼崎医療生協などによる生協法人での実施や診療所規模での無低診を行う事業所が全国的に急増した。また、院外処方せんによる保険調剤薬局での薬代には無低診は適用できない問題が顕在化し、「完結できない医療としての無低診」への早急な対応が求められている。

第38回全日本民医連総会による無低診実施のよびかけは、現行の制度の中で実施可能な方法を追求した「対応」であり、無低診の適用者の増加は、国民皆保険体制での「人権としての社会保障」が守られていない実態を可視化することとなった。本来、国民皆保険体制では、国民健康保険法第44条（一部負担金減免）や77条（保険料減免）によって、低所得者は医療が受けられるようにされるべきなのである。

医療生協による無低診の実践は、慈恵医療の系譜にある無低診と実践は同じであっても、その制度の捉え方や考え方を大きく変化させるものとなった。民医連は、制度としては同じ無低診を、「人権としての社会保障」実現のための手段として位置づけを意図している。民医連は、綱領で「われわれは国と資本家の全額負担による総合的な社会保障制度の確立と医療制度の民主化のためにたたかう」⁴⁶と示したように、慈恵医療とは一線を画すものと考えることができる。民医連のルーツが戦前に弾圧の対象となった無産者診療所の系譜にあることも意味があるだろう。

⁴⁵ 「無料低額診療事業の拡充に関する質問主意書」（平成20（2008）年9月29日）が小池晃氏により出され、2008年10月7日付で答弁書（第19号内閣参質170第19号）が麻生総理大臣より出された。ここでは、基準を満たした医療機関から届け出があれば「いずれも受理されるべきもの」との回答を引き出した。

⁴⁶ 全日本民医連の旧綱領の3項目目（1961年10月29日）。現在の綱領では「国と企業の責任を明確にし、権利としての社会保障実現のためにたたかいます」へと変わっている。

無低診の制度の捉え方や考え方は異なっても、実践としての無低診は、医療福祉従事者にとって、「目の前の患者をとにかく救いたい」との一念で進めている事業であることでは全く同じである。実際に、済生会ではオーバーステイの外国人やホームレスへの献身的な実践は、桁外れに数多くあり、当然、民医連が進めている件数には決して及ぶべくもない。

国民皆保険体制のもとでの無低診は、本来享受すべき「人権としての社会保障」の「代替」ではないはずである。人権を守るために、一時的に対応すべき手段として捉えることこそが、慈恵医療の系譜にある無低診のありようを、「人権としての社会保障」実現の手段として無低診を再定義することができるはずである。

②「制度としての思いやり医療」としての無料低額診療事業

これまでに無低診の出自について、慈恵医療としての戦前の済生会による実践から、戦中には医療保護法によって医療を受けるための制度が広がっていったこと、さらに戦後には社会福祉事業法に位置づけられることで今日の無低診に至る歴史的変遷を概観してきた。ここでは、これらの論点を整理しておく。

A) 戦前の慈恵医療から戦後の「制度としての思いやり医療」へ

無低診の出自は、日露戦争後の社会秩序の安定をはかった済生勅語による済生会の病院が実施した無償の医療券の制度であった。遠藤與一のいう「政府のできないことを天皇が代わって担う」という形で、政府が国民のいのちと健康を守るのではなく、天皇の慈悲によって医療が受けられる体制は、「権利としての医療」を否定し、あくまでも「思いやりの医療」を根付かせた。さらに、郡司淳が指摘するように、貧困は罪である認識の強い当時の社会体制において、権利など知りえなかった民衆にとって慈恵はまさに「救いの手」「暖かい手」であった。

しかし、戦争遂行を第一義に行うにあたって戦時厚生事業が進められると、「国内成員が平等におわなければならない犠牲」に報いるために制限主義を取り払って「生活困難」を理由に医療保護を受けることができるようになった。戦時厚生事業でなければ、不十分で問題はあるものの、社会保障一般の対象を庶民一般に広げられなかったのである。戦後 GHQ によって社会福祉に関する各種法制が戦後に整備できたが、石光和雄がいうように、医療の慈恵的性格はそのまま戦後に継承されたのである。日本国憲法のもとで、各種の社会福祉に関わる法制度ができ「権利としての社会福祉」が見出せたが、無低診は済生会を中心

に展開され、「お助け病院からスタートした」済生会は、慈恵的側面を「お助け」と見出した、いわば「思いやり」によって無低診を実践してきたことを指摘した。これを「制度としての思いやり医療」と名付けたのは既述の通りである。

戦前からの継承されてきた「慈恵」は、社会福祉による「思いやり」へと戦後に意味合いを変化させたが、戦前戦後と連続した慈恵医療であり、「権利としての医療」として見出せない。無保険状態の人たちへの「お助け病院」がサポートしていく構えである。遠藤與一は、天皇制と社会福祉の戦前前後の連続性について「戦後の社会福祉学は天皇制と社会福祉の関係について正面から検討することを避けてきたように思う」と指摘し、「こういう何気ないところに、実は社会福祉の戦前と戦後を通じて変わらぬ体質あることに思いが向かう」⁴⁷という。

慈恵から転換した「思いやり」は、権力関係を維持しつつ、体制維持のための方策を考えるものであって、別章でLGBTの人権からの検討から明らかにするように、道徳的な「思いやり」は権力関係を不問にして、さらに弱者の権利意識を「自己責任・自己救済へと定義し直す」のである。

無低診実施医療機関としては、患者の「権利としての医療」ではなく、「暖かい手を差しのべる」とする気持ち、「制度としての思いやり医療」として無低診を定義してしまう。さらに、無低診は実施医療機関に制限があり、どの医療機関も無条件にできるものではなく、医療費減免分を「持ち出し」として医療機関が自前で負担するから尚更である。「制度としての思いやり医療」が実施できる医療機関から見れば、目の患者へ「暖かい手を差しのべる」、救いの手を差しのべる「思いやり」実践となることは不思議なことではない。

B) 「制度としての思いやり医療」からの医療保障運動としての位置づけへの再定義

戦後の医療福祉事業の系譜において、戦前の医療福祉事業のありようとして、政府が社会保障全般への責任を取ることを回避し、生活困窮者には慈恵医療で対応するという基本構造が見出せることを示した。戦後、日本国憲法のもとで医療を享受することは人間の「人権としての社会保障」の考え方がベースになったはずが、済生会の例などを通して、実はその基本構造は戦後も温存されてきたこと、「上から下へ」という考え方が根底にありながら医療福祉が進められてきた。無低診の変遷については、戦前の医療保護法を引き継ぐ形

⁴⁷ 遠藤與一（2009）前掲書、227

で、社会福祉法人立病院等で進められてきた。国民皆保険体制のもとで生活困窮者への救済を行うも、社会保障制度の強化による無低診抑制論も出現したが、諸制度から零れ落ちる人たちへの救済の実績や意義を見出して、社会福祉法改正に当たっても、そのまま制度として位置づいた。しかしながら、「福祉医療」に特化された無低診は、あくまでも生活困窮者への具体的救済手段として、社会保障制度の代替・補完として位置づけられたままであった。「制度としての思いやり医療」としての無低診は、2008 年以前、済生会等の社会福祉法人立病院等が中心となって進めてきた。

無低診抑制論の中で医療生協が無低診に参画するようになると、無低診の捉え方は大きく転換期を迎えることになる。石光和雄が指摘する済生会による慈恵的性格を持つ無低診は、同じ社会福祉制度でありながらも医療生協という人権運動の組織体が担うことで、無低診の性格は大きく転換される。

2009 年の生協法人の無低診への参画は、慈恵医療の系譜にある無低診の捉え方や考え方について大きな転換点となった。運動のきっかけを作った全日本民医連は、現場で救える患者が救えない苦悩への具体的対応だけではなく、「人権としての社会保障」の実践への手掛かりを、無低診の捉え方や考え方に求めた。つまり、慈恵医療の系譜にある無低診を、「人権としての社会保障」へ転換させる手段という意味づけを加えた。慈恵医療の系譜にある無低診を、日本国憲法、国民皆保険体制のもとで、無低診の本来的意義の再検討を迫ったものとも解することができる。無低診は「上から下」の福祉事業ではなく、「下から上」への社会保障実現の手段としての活用こそが必要なのである。「上から下」へは「思いやり」であるが、「下から上」へは人権運動である。無低診を「制度としての思いやり医療」から「権利としての医療」として制度の位置づけを転換させていく必要がある。例えば、現段階での無低診の不備である保険調剤薬局への無低診適用除外などが改善できないのも、そもそも無低診制度が「制度としての思いやり医療」であるからで、「人権としての医療」として位置づけが曖昧であるから後手にまわってしまう考え方も導けるのである。

第 3 節 無料低額診療事業への 3 つの視点からのアプローチ

前節では無低診の系譜等を概観した。ここでは、今日における社会制度全般の医療費減免制度について検討する。医療費減免制度は、社会福祉法による無低診、国保法や健保法に基づく一部負担金減免制度、生活保護法にある医療扶助の大きく 3 つのパターンが想定できる。

先行研究では、①国保における保険料減免、②生活保護における医療扶助に関する研究等は散見できるも、無低診に関するものは実践報告等が中心で、無低診の理論研究は少ないのが現状である。医療費減免制度にかかわる実践報告を含む先行研究には、地方議員や医療関係者による実践報告が中心である。それらは、①国保法一部負担金減免への適用を求めたもの、また②無低診の積極的活用と2つのグループに分かれる。さらに②では、済生会による無低診実践、全日本民医連や医療福祉生協による無低診実践が多くを占める。今日、国民皆保険体制のもとで、国保法一部負担金減免制度が積極的に活用されず、旧来からある社会福祉法の無低診による医療費減免規定が一部の医療機関での実施が現状となっている。

ここでは、社会福祉事業としての医療費減免制度である無低診について、文献研究等を通じて出自を概観してから、＜法体系＞、＜理論体系＞、＜実践体系＞の3つの視点を見出し、それぞれの視座から近接して検討する。この3つの視点を見出すに至ったのは、「社会福祉事業としての医療費減免制度」について、法的にどう整理されるのか、社会福祉理論からどう捉えるのか、さらに医療現場で無低診をどう実践してきたのか、それらの視点から一方向では見出せない多角的な特徴等を概観し、今日的意義や課題をはっきり見出せると考えたからである。

無低診は、社会福祉法に基づく医療費減免制度で、医療機関で患者の窓口負担金を減免できる法的根拠を持つ。実際、無低診派保険診療における窓口負担分減免を指すことが多いが、本来は、無保険状態の患者の医療費すべてを減免する制度である。オーバーステイ外国人等の医療についても、国は無低診での対応を示すのは、医療保険の資格がない人たちの医療費減免制度だからである。

では、社会福祉事業としての医療費減免制度の出自を整理した上で、3つの視点である＜法体系＞、＜理論体系＞、＜実践体系＞から無低診を考えていく。

1) ＜法体系＞からのアプローチ

ここでは、厚生省（厚生労働省）による『厚生白書』が一部負担をどう位置づけてきたのか概観した上で、無低診の社会福祉法での位置を確認する。特に、桑原洋子（2006）による社会福祉法制研究や、番匠谷光晴（2014）による医療保障判例研究の先行研究等に依拠しながら、医療費減免制度である無低診と、国保法一部負担金減免制度とを比較検討し、法体系から見出せる無低診を考える。

ア) 厚生労働白書（厚生白書）における医療費一部負担金の位置づけの変遷

厚生省（厚生労働省）は、一部負担金についてどう捉えてきたのか。芝田英昭（2019）による先行研究に依拠しながら概観してみよう。

厚生省は、1956 年（昭和 31 年）、『厚生白書』を出し、貧困、低所得階層への対応について社会福祉の対象として位置づけた。以降、厚生白書において一部負担金に関する記述は、「低所得階層にとつては、保険料は納付しても医療を受けたいと思うときには、5 割の医療費の自己負担が重圧となる」（昭和 35 年度版）、「38 年 10 月 1 日から世帯主の全疾病について一部負担割合が 3 割に引き下げる」（昭和 38 年度版）、「（国保の療養給付について）43 年 1 月 1 日からすべての保険者において世帯主、世帯員ともに 7 割給付となっている」（昭和 43 年版）のように、国保一部負担金が 5 割から 3 割へ、さらに家族も 3 割負担となった。しかし被用者保険本人の負担がない中で、国保一部負担金は大きかった。

1973 年に老人福祉法改正で老人医療無料化が進むも、1982 年の老人保健法制定で定額一部負担が導入され、1984 年の健康保険法改正で被用者保険本人の一部負担が 1 割となった。1980 年代以降、「受益者負担」との位置が見出される。さらに給付と負担の適正化が求められ、一部負担金を「コスト意識」として認識するようになる。また、「国民医療費は、保険料・公費・患者負担によって賄われており、いずれにせよ最終的には国民負担に帰着する」、「医者にかかると、患者は一部負担金を支払うことになる」（平成 2 年版）とし、国民皆保険体制において、保険料、公費、患者負担が医療費の構成であると明示する。近年では、一部負担金の位置づけについて、コラムを組んで東日本大震災における一部負担金免除を例示し「国民皆保険制度を堅持していく手段の一つとして一部負担は設けられている」（平成 24 年版）となっている。

1970 年代以前には、医療アクセスについて一部負担金が障害となっている現状をどう打開するかが課題であったが、1970 年代以降、一部負担金は受益者負担でコスト意識が求められ、国民皆保険体制の堅持に必要なものと変化したのである。

イ) 社会福祉法における無料低額診療事業

無低診は、社会福祉法第 2 条第 3 項の第 9 号に「生活困窮者のために無料または低額な料金で診療を行う事業」、第 10 号に「生活困窮者に対して無料または低額な費用で介護保険法に規定する介護老人保健施設または介護医療院を利用させる事業」に位置づく第二種

社会福祉事業である。

現在の社会福祉法は、社会福祉事業法（1951）を継承して、2000年に「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」で公布、無低診も引き続き位置づけられている。無低診実施に際し、厚生省社会援護局総務課長通知によって必須要件と任意要件の10要件（平成13年基準）による無低診基準の定めがある。要件を満たす病院や診療所が自治体に届けることで無低診事業の実施ができるのだが、実際は「社会情勢等の変化に伴い、必要性が薄らいでいるので、抑制を図るものであること」⁴⁸とされた。

さて、無低診が位置づく社会福祉法はどんな法制なのか。桑原洋子（2006）は、「社会福祉法制が他の領域の法律のように、一定の法理に従って意図的・体系的に形成されたのではなく、むしろその時期の社会的ニーズ、福祉運動などに強く影響を受けて必要な部分がモザイク的に形成されていった」といい、「社会福祉法制を解釈学として研究を可能にしていくためには、判例が一つの重要な手がかりとなり」、「社会福祉法制の史的研究が重要となる」⁴⁹と指摘する。無低診も、医療をいかに低所得者へ保障するのか、社会福祉事業法制定当時の社会的ニーズからなのだろう。戦前の医療保護法を引き継ぐ形で社会福祉事業法に無低診は位置づけられた。

ウ）国保法一部負担金減免との関係から

ここでは、社会保障法の知見から、社会福祉事業としての医療費減免である無低診と国保法一部負担金減免制度との関係を考える。

番匠谷光晴（2014）は、社会保障法の体系から「医療保障」、「社会福祉サービス」をあげ、「社会福祉サービスと医療保障には近接する部分あり、社会福祉サービスにも医療サービスが含まれているが、それを給付する制度的仕組みが異なり、「歴史的には社会福祉サービスの関係法は終戦後の特殊化から生まれ、普遍化していったものである」と指摘する。また「措置の時代には医療供給体制や対人サービス提供体制と給付や扶助が相克する蓋然性は低かったため、これらの関係についてあまり言説されてこなかった」⁵⁰という。

⁴⁸ 「社会福祉法第2条第3項に規定する生活困難者のために無料又は低額な料金で診療を行う事業について」（平成13年7月23日・社援発第1276号・厚生労働省社会・援護局長）の「第三 今後における指導監督」の2項目に「抑制を図るものであること」とある。

⁴⁹ 桑原洋子（2006）『社会福祉法制要説第5版』有斐閣、5

⁵⁰ 番匠谷光晴（2014）「三極構造からみた医療保障行政に関する研究－国民皆保険期からの医療保障訴訟事例と医療保障政策の分析を通じて－」四天王寺大学博士学位論文、15

番匠谷光晴の指摘を、無低診と国保法一部負担金減免制度にあてはめる。社会福祉サービスと医療保障との近接部分の一つが、医療費減免制度である。「近接する部分＝医療費減免」と、「給付する制度的仕組み＝社会福祉法と国保法」となる。また「医療供給体制や対人サービス提供体制と給付や扶助が相克する蓋然性は低かった」ように、無低診と国保法一部負担金減免制度が相克する状況を見出す社会環境は、無低診実施機関が増加する以前にはなく、限定された無低診実施医療機関と、一般医療機関での国保一部負担金減免との棲み分けは、容易に想像できる。無低診拡大から、相克する状況の一つに、無低診の院外処方の薬代は対象外という問題が顕在化したともいえる。

桑原洋子（2006）は「判例が重要な手がかりとなる」と指摘するが、医療費減免に関する判例から何が見出せるか。国保法一部負担金減免に関する判例研究からは、「恒常的な生活困窮者に対しては、社会保障制度全体としてみれば生活保護法による医療扶助等の救済の方途が用意されており、国民健康保険制度の枠内においても保険料の減額賦課などの一定の配慮もされている」⁵¹ とする。つまり、恒常的な生活困窮者（低所得者）には生活保護があるというのである。番匠谷光晴（2014）は、医療保障訴訟判例研究から、国保法一部負担金減免制度について、「一時的に保険料負担能力を喪失した者は対象になら」ず、「一次的にせよ生活保護基準以下になった場合に、国保の減免も非該当となる状況が生まれるべきであるが前年度の所得に左右され」、「貧富の差や社会階層等に関わらず公的医療保険や医療扶助等に普く連続して医療の保障とはならない。国保制度と医療扶助制度の間に狭間ができるのである」と指摘する⁵²。さらに国保制度と医療扶助の狭間を埋める役割として社会福祉法に位置づく無低診をあげるが、「フリーアクセスとして受療することまで予定したものではない」⁵³という。

では、国保法一部負担金減免とはどんな制度なのか。国保は、医療費減免や保険料減免を含む社会原理による公的社会保険であるが、大規模災害等の場合を除いて医療費減免の実践例は、散見できない。国保法一部負担金減免に関する判例はいくつかある⁵⁴が、ここでは国保法一部負担金減免制度に関する地裁判決⁵⁵から、国保法一部負担金減免趣旨を見てお

⁵¹ 『社会保障判例百選第4版』有斐閣、別冊ジュリスト191号、2008年、16-17

⁵² 番匠谷光晴（2014）前掲書、137

⁵³ 番匠谷光晴（2014）前掲書、181

⁵⁴ 国保法一部負担金減免をめぐる判例は、例えば、2018年5月18日・札幌高裁での国民健康保険一部負担金減免等申請却下決定処分取消請求控訴事件（原審・札幌地方裁判所平成28年（行ウ）第11号）がある。

⁵⁵ 秋田地裁平成22年4月30日判決（平成19年（行ウ）第11号、国民健康保険一部負担金減免不承認

く。

①「国民健康保険制度は、生活保護を受給し得るのに自らの意思で受給しないものに対しては、これを国民健康保険の被保険者とし、保険料・保険税負担について一応、応分の負担を求めた上で、さらにその負担分を軽減する措置を設けているものと解される」⁵⁶で保険料減免は必要である。②「一部負担金が保険税・保険料と違って本来的な意味で診療等の対価の一部であることを考慮すれば、特段の事情がない限り、診療等を受ける際には一部負担金を払うべき」⁵⁷なので、①で保険料減免した上で、さらに減免は国保加入者相互扶助の精神に反しないと認められる「特別の理由」が必要である。③生活保護（生保）基準以下の収入の国保被保険者は、自らの意思で生活保護を受給しない場合も含めて、①により保険料減免で負担軽減しており、さらに一部負担金全額免除すると、国保加入者相互扶助の精神から明らかに反するので、生保基準以下は「特別の理由」にはならない。

このように①②③から地裁が国保法のあり方、国保法における一部負担金減免をどう捉えているかわかる。ここでは、「国民健康保険制度が相互扶助共済の精神に則り、保険料・保険税を財源の理念的中心としていること」⁵⁸が国保の前提とされる。その上で低所得者には保険料減免できるも、医療の対価の一部である一部負担金減免は、特別な事情がない限りできず、「生保基準以下の収入」の加入者はそれが特別の理由ではないとする。つまり国保保険料を減免した上で一部負担金減免はできない。一部負担金減免は、減免制度の中でも「かなり例外」となる。

だが、国保は相互扶助共済なのか。国保法第1条には「社会保障」とある。また③「特別の理由」としての恒常的低所得者について、厚生労働省保険局国民健康課は「各保険者の判断により減免対象とすることは可能であり、国がこれを妨げるものではありません」⁵⁹との言及例もある。

国保法一部負担金減免制度の活用について、小川政亮（2000）は、医療扶助、生活保護の活用の前提に「補足性の原理」を提示して、生保活用以前に他の制度活用の優先性を指

処分取消等請求事件）、常森裕介（2011）「社会保障判例 国民健康保険一部負担金取扱要領が不合理であること等を理由として、減免不要人処分を裁量権の範囲を逸脱したもので違法とした事例」『季刊・社会保障研究』Vol. 46, No. 4 を参照

⁵⁶ 常森裕介（2011）前掲書、438 より判旨を引用

⁵⁷ 常森裕介（2011）前掲書、438 より判旨を引用

⁵⁸ 常森裕介（2011）前掲書、438 より判旨を引用

⁵⁹ 全国生活と健康を守る会連合会の問いに対する厚生労働省国保課のファックスによる回答（2016年11月17日）。全国生活と健康を守る会連合会より2017年4月21日に取寄せ。

摘する。当然そこには国保法一部負担金減免制度がある。

無低診は、番匠谷光晴が指摘するように構造的欠陥があつて国保制度と扶助制度に狭間が生じ、狭間を埋める制度と期待されている。だが、無低診は無低診実施医療機関でしか対応できない。さらに、被用者保険では保険者が独自に医療費減免できる条文があるも、実際には活用できていない。そうなれば医療費減免は無低診しかない。狭間は狭間として残されていく。

エ) <法体系>からのアプローチの小括

ここでは、医療費減免制度である国保法一部負担金減免制度と無低診との関係を検討した。医療費減免制度である国保法一部負担金減免制度と無低診をめぐる判例研究や議論等はほとんどない。国保法と社会福祉法との間には近接する部分として医療費減免制度があるも、そこに一定の法理があるわけでもない。また、国保法一部負担金減免制度活用に向けて、場合によって不服審査請求等も視野に入れた実践を各地で積み上げていく運動が必要だろう。運動や判例研究等を通じて、医療費減免制度のあり方等の解釈学を積み上げる必要性が見出せる。

2) <理論体系>からのアプローチ

無低診は「制度の狭間への事業」とであるとともに「つなぎ」の制度⁶⁰という。社会福祉の補充・代替論において、無低診実践は、どう解釈され、社会福祉理論に位置づけるのか。社会福祉及び社会事業理論史の知見を概観し、社会福祉・社会事業の補充・代替に関する理論を無低診実践にあてはめて、社会福祉における無低診の位置づけを考える。

社会事業（社会福祉）の構造的な研究は、孝橋正一（197ほか）、一番ヶ瀬康子（1974）、仲村優一（1974）等があげられる。ここでは、孝橋正一の研究を概観しておく。特に、木村敦（2011）による「社会政策と『社会保障・社会福祉』」における孝橋理論の先行研究に依拠しながら、無低診の位置づけを検討する。

ア) 社会福祉の補充・代替に関する理論

社会保障と社会福祉とは、どんな位置関係にあるのか。仲村優一（1974）は、社会保障

⁶⁰無料低額診療事業近畿研究会（2017）「無料低額診療事業に関する論点整理」における「無料低額診療事業の現代的意義」の3項目。

審議会勧告（1950）をもとに、社会保障と社会福祉との関係を「社会福祉は社会保障の一部として捉えられ、社会保障がその上位概念」であり、「社会保障制度全体の中で他の制度の足りないところを補うものとして位置づけられ、国民生活の破綻を防衛するための施策としてとらえられている」⁶¹と整理する。

社会福祉の補充・代替理論について、孝橋正一（1972）は、資本制生産関係から直接発生する問題を「社会問題」（労働問題）とし、資本制生産関係から直接発生する問題から副次的に生み出される問題を「社会的問題」（生活問題）と捉え、「社会問題への社会的対応は社会政策、社会的問題への社会的対応は社会事業となるが、後者は前者への補充的施策として存在している」⁶²とした。

さて、社会福祉の補充や代替とは何か。仲村優一（1974）は、社会福祉には一般政策に①相互に独立し並立、②補足的役割を社会事業が果たす、③社会福祉が代替とする3つの補充性を提示する。また、一番ヶ瀬康子（1971）は、「社会福祉は政策機能としては他の広義の社会政策の代替的機能および補完機能であるが、その需要者、対象者にとっては、生活に直接しかも対面的にかかわりをもつところの即時的で実質的な生活権保障である」⁶³とする。対象者の実質的生活権保障となる側面で、社会福祉の補充・代替機能の有効性、重要性を指摘する。

孝橋正一は、社会事業の代替性を強調する。社会事業による代替性が、社会政策になっていない部分（空白部分）を社会政策に引き上げていく可能性を意図するからである。この空白部分の境界を、理論的境界と実際的境界と分けて示し、「社会政策の『理論的境界』はあくまでも理論的に想定された限界であって、『実際的境界』はそれを下回るのが通例である。そのために生ずる『政策的照応』の空白部分に対しては、本来は社会政策の対象領域であるものに対して社会事業が代替的に対応させられることになる」⁶⁴。空白部分を実際的境界に引き上げるのが運動であると孝橋正一は指摘する。理論的境界を超える部分で社会福祉が働くのが「社会福祉の補充性」であり、理論的境界と実際的境界をまでの生活問題を社会福祉が担うことを「社会福祉の代替性」と説明するという。

木村敦（2011）は、「労働・社会運動が組織的に展開することができなければ、社会政策

⁶¹ 仲村優一（1974）「社会福祉の原理」『社会福祉教室』有斐閣、17

⁶² 孝橋正一（1972）『全訂・社会事業の基本問題（第2版）』ミネルヴァ書房、39

⁶³ 一番ヶ瀬康子（1971）『現代社会福祉論』時潮社、68

⁶⁴ 宮田和明による孝橋理論の説明。宮田和明（1979）『「新政策論」論争』真田是編『戦後日本社会福祉論争』法律文化社、190

は後退し、社会保障制度の社会事業が社会政策を代替させられるという関係は拡大する」⁶⁵という。社会福祉事業による社会政策の代替は、確かに代替ではあるものの、運動によって社会政策へ転換できる可能性が孝橋理論から見出せる。

孝橋正一のいう「理論的限界点まで社会政策が到達していないときに生ずる代替性をせおいこんだもの」が、医療生協の実施している無低診との見方もできる。つまり、そこに院外処方との矛盾はそのままの不十分ながらの「代替性をせおいこんだもの」の実践として見出せるのである。

イ) 社会福祉の補充・代替論における無低診の位置

社会福祉の補充・代替理論を通じて無低診の位置を考える。孝橋正一は、「社会事業を社会的問題への対応」とした。医療保険制度を社会政策として措定し、無低診を社会事業に見立てる。医療保険制度を補完する社会事業が無低診である。さらに孝橋理論では、社会政策に理論的限界と実際の限界との間に空白部分が生じる。

無低診では、院外処方での薬代一部負担金免除は適用外である。医療保険制度の理論的限界を「無低診適用の健康保険被保険者の院外処方による薬代の適用外」とすれば、実際の限界として「無低診適用の健康保険被保険者の院外処方による薬代の自治体助成制度」があげられる。空白部分で院外処方での薬代助成への運動があり、実際の限界を引き上げたと見ることができる。さらに、一番ヶ瀬康子が指摘するように、無低診は、「即時的で実質的な生活権保障である」とも言える。

社会福祉の補充・代替論における無低診の位置は、補充的側面は否めないものの、国民皆保険体制のもとで国保法一部負担金減免制度が活かせない状況を鑑みれば、「代替」の面が強いと考えられる。だが、無低診による補充・代替と運動とが、医療保険の不備を補う社会政策を導き出すのである。

3) <実践体系>からのアプローチ

3 つめのアプローチは無低診実践の積み上げからである。無低診実践に関する先行研究として、済生会による無低診実践は機関紙「済生」のほか、粕川實則（2010）、井口文子（2011）、奥村晴彦（2016）等がある。粕川實則（2011）は、生協法人初の無低診実践導入

⁶⁵ 木村敦（2011）『社会政策と「社会保障・社会福祉」対象課題と制度体系』学文社、60

に向けて届出から事業開始までの険しかった過程を報告している。また、井口文子（2011）は、大田病院での無低診実践における患者の生活背景や無低診の意義等を報告している。

無低診実践には、2つの体系が見出せる。1つは、全国福祉医療施設協会（医療協）、済生会等による無低診実践（以下、医療協による実践体系）と、もう1つは、全日本民医連や医療生協による無低診実践（以下、医療生協等による実践体系）である。

医療協は、1987年に全国社会福祉協議会の医療部会に設置され、無低診実施の医療機関が会員となり、これまで国による無低診抑制策への現場サイドから対応を行ってきた。毎年、全国医療福祉施設大会を開催して今日的な無低診実践の交流をしている。

医療生協等による実践体系は、民医連総会で加盟院所への無低診実践の呼びかけで、医療生協による無低診実践が突破口となった。2009年以降、全国は無低診実施事業所は飛躍的に増加した。1980年代から250前後の事業所で推移していたものが、2010年には415、2017年には840にのぼる。大きな役割を果たしたのが生協法人の無低診事業への参画である。そもそも生協には「低所得階層への施策の役割」があったのである。

大きく2つの実践体系ともに広がる格差と貧困に向けて、低所得者への医療保障を志向することにどちらの実践体系も変わりはない。

医療協による実践は、2008年以前の社会福祉法人立病院等を中心の実践であり、実施規模も1980年代から2010年以前までは250前後と推移して現在も規模に変化はない。抑制があるも、オーバーステイやホームレス等の対応で済生会等を中心に実践し、実践の積み上げがあった。

医療生協等による実践は、想定外の医療生協による無低診への参画で、無低診を再定義する大きな社会保障運動の可能性を見出した。戦前の慈恵的側面をもった医療保護に出自を持つ無低診は、運動の文脈で意味を大きく変化させた。医療生協の組織的特徴は、地域住民を潜在的組合員と見出し、地域住民の受療権・人権保障を志向する運動体である。医療生協の無低診への参画は、無低診を人権保障に向けた実践として再定義した実践となる。

4) 3つのアプローチからの論点整理

社会福祉事業としての医療費減免制度である無低診について、＜法体系＞、＜理論体系＞、＜実践体系＞の3つの視点から検討した。

＜法体系＞では、社会保障法の知見から、医療費減免制度の近接する部分と異なる法制度として、社会福祉法の無低診と国保法一部負担金減免制度があった。判例等から国保制

度と医療扶助との間に無低診が位置づくも、無低診は、狭間を埋める制度で医療扶助活用前の他方優先原則を考えれば、国保一部減免制度活用も見出すことができた。

＜理論体系＞では、社会福祉の補充・代替論を概観し、孝橋理論にみる限界や空白を無低診に当てはめた。理論から限界を引き上げて空白を埋めていく運動が、实际的限界として自治体による支援を引き出す無低診の政策につながる具体化も見出せた。

＜実践体系＞では、戦前の医療保護法を引き継ぐ無低診について社会福祉事業法制定時から実践を積み上げてきた済生会等の医療協による実践体系と、2008年に民医連の呼びかけを契機に生協法人が無低診に参画した医療生協等による実践体系の大きく2つの無低診実践体系を見出した。前者は戦後の無低診抑制策へ対抗して無低診の意義を訴えてきたし、後者は無低診抑制策を緩和する質問趣意書回答を引き出し生協法人の参画を可能とした。また戦前の医療保護法にルーツを持つ無低診が、医療生協の参画によって、運動の文脈において人権としての社会保障の手段としても再定義できた。3つの視点から導き出せる社会福祉事業としての医療費減免制度の課題を考えてみる。

ア) ＜社会福祉制度の無低診活用＞という局面をどうみるか

1 つめは、社会福祉事業としての医療費減免制度である無低診の活用を、現局面でどう考えるかである。1980年代以降の新自由主義路線から、戦後、国家責任とされた社会保障・社会福祉の考え方が、1995年の社会保障審議会で「みんなの責任」へ変質、社会保障制度改革推進法（2012）では、公的責任を「公助」に置き換え、社会保障を自助・互助・共助による「助け合い」となった。企業福祉と家族福祉に頼ってきた社会保障制度は、雇用の流動化と非正規雇用の増大、さらに家族機能の低下によって低所得者への対応ができず今日に至っている。

自助・互助・共助の組み合わせを社会保障とすれば、医療保険制度を共助とし、その共助と互助を合わせ持つ無低診は、共助と互助の組み合わせの社会保障実践となりうる。

しかし、憲法25条に基づく生存権・人権保障が、社会保障・社会福祉の法や政策に位置づく中で、公的責任抜きの「共助と互助の組み合わせ」は、社会保障には当たらない。社会福祉事業の医療費減免制度の無低診活用は、社会福祉理論における社会政策と社会事業と関連から見れば、本来の社会政策、医療保障制度を網羅した労働問題の不備を、社会福祉事業としての無低診が補充し、場合によって代替していることになる。

木村敦（2011）は、「労働問題対策が社会政策として拡充されることを前提とせずに社会

福祉の整備は進まない」⁶⁶ という。「社会政策である医療保障の対応が社会福祉に押し付けられている」のが無低診実践ではないか。社会政策としての医療保障を再考する意味でも、社会福祉である無低診が医療保障を補充・代替する状況への再考は重要である。なぜなら「社会福祉の代替性の拡大は、社会保障全体の後退を意味するといわざるを得ない」からである。無低診実践の広がり、社会保障全体の後退を意味せざるを得ない。だが、理論体系から見出したように、運動によって社会政策の理論的境界を、実際的境界への引き上げることが可能であり、実際的境界を引き上げた事例として、一部自治体での無低診薬代助成の条例があったのである。

イ) <社会保障・社会福祉の市場化>において、補充・代替性の性格を持つ無低診をどう捉えるか

2 つめは、補充・代替性を持つ無低診が「社会保障・社会福祉の市場化」にどんな意味を持つかである。社会福祉は、措置から契約へと変化した。特に介護保険施行により、無償の関係性であった介護等が「介護サービス商品」へ、さらに福祉サービスは保障ではなく「保証」が必要になった。横山壽一（2009）は、「市場の公平感が社会保障に持ち込まれれば社会保障が内部から崩壊することになりかねない」⁶⁷という。商品の「品質保証」を求め、消費者ニーズを満たすべきものとなる。

社会保障・社会福祉の市場化は、「商品としての医療サービス」となる。1980 年代半ばから国保の国庫負担は減少し、保険料徴収が強まって、いわば私保険原理が徹底、さらに窓口負担増、保険料や窓口負担の支払いから日常の実感として「商品としての医療サービス」へと変化している。本来の「社会保障としての医療」を取り戻すためには、保険料や窓口負担の国庫負担を増やして被保険者の応能負担とすべきである。無低診実践は、健康保険制度の問題点をそのままに「商品としての医療サービス」の温存に加担しかねない。

無低診の負の側面を整理すれば、①社会福祉の代替性は公的責任の放棄を助長しかねない、②医療保険制度の問題点を温存し「商品としての医療サービス」を助長しかねない、である。「消費者になれない患者」は通常の医療サービスを受けられない。制限が設けられている無低診が「低所得者医療」として劣位に固定化する。劣等処遇にもなりかねないのである。

⁶⁶ 木村敦（2011）前掲書、はしがき iv

⁶⁷ 横山壽一（2009）『社会保障の再構築 市場化から共同化へ』新日本出版社、101

第4節 医療生協による無料低額診療事業実践 運動の文脈での「人権としての医療保障の実践」へ

前節では、3つのアプローチから見出せた論点を整理し、実践体系として医療生協による無低診を1つの実践体系として位置づけた。ここでは特徴や意義を整理する。

1) 現代日本社会における社会事業の開拓的役割

地域福祉の観点から考えてみると、無低診は、地域福祉の推進に資する医療生協が職域組合員・地域組合員と地域住民との協同によって医療や福祉を通じた助け合いの事業とも捉え直すことができる。行政には届け等が必要で、特段、行政からの資金的援助はなく、医療機関による持ち出し覚悟の対応だからである。

また、各支部で行われている組合員訪問活動では、医療を受けられないで我慢している組合員や地域住民との対話も行う。その際に、お金のことを心配しないで医療を受けられる声かけも積極的に行える。こうした実践が可能なのは、医療生協の理念である「いのちの平等」、なによりも生協の共通した理念があつてこそである。

では、無低診の位置づけを生協の理念である「生協の21世紀理念 自立した市民の協同の力で、人間らしいくらしの創造と、持続可能な社会の実現を」⁶⁸から考えてみよう。

理念では、「人類史的な社会の変革期に何よりも人々の幸せを大切に行動します」として、生協が社会の変革期において重要な役割を果たすことを明示する。広がる格差と貧困、非正規雇用が労働者の3人に1人以上を占める中、公的社会保障が脆弱な状況で、無低診は、助け合いによって医療費を出し合うという、人々の幸せをつらぬく具体的実践となる。また、「人々の自立、自助をもとに、おたがいに助け合う市民社会をつくってゆくことが大切です」とある。無低診は、届出こそ行政に行い、定時報告と法令遵守の運用を行うものの、医療生協の場合、固定資産税減免などの措置もなく補助金等もない。あくまでも法人の民主的な理事会、総代会等の論議を経ての実施であり、地域の組合員の助け合い活動の一形態を、無低診を通して「おたがいに助け合う市民社会」を創造するものである。

さらに「利益追求が自己目的化し、資本力がすべてをきめる資本の論理ではなく『市民の協同』こそ『人間らしいくらしの創造と持続的な社会の実現』をおしすすめる原動力で

⁶⁸ 日生協は、ICA 100周年記念マンチェスター大会（1995年）「協同組合のアイデンティティに関するICA声明」採択を経て、「生協の21世紀理念」を策定（1997年）。「人類史的な社会の変革期に、何よりも人々の幸せを大切に行動するという、生協の変わらぬ信条と未来への展望を、凝縮させたもの」としている。<http://jccu.coop/aboutus/vision/#action2> 2021年5月5日閲覧

ある」が、ここでも組合員や出資金の力が、「持ち出し」や利益がないから無低診を実施する意味がないものとはしない。「わたしたちは人間らしい暮らしや社会を与えられるものではなく自らつくりだす目標としてかかげ」て、「生協運動は人々の経済的社会的文化的ニーズやねがいを組合員がみずからつくる事業や活動を通じて実現します」とあるが、無低診は「お金がなくて医療に受けられない」人々の医療ニーズを医療生協が社会福祉法によって対応した事業であり、医療生協運動がニーズや願いを自らつくる事業や活動を通じて実現したものと言える。

「生協の 21 世紀理念」にあるように、地域社会への積極的な参画をし、そこでのニーズを組合員が智恵を出し合ってできうる最大限の方法で解決する中で、無低診が行われていることがわかる。

しかし「生協の 21 世紀理念」に立脚しているこの実践は、目新しいことをしているわけではない。「人間らしい暮らしや社会を与えられるものではなくみずからつくりだす」とあるように、誰でも医療を受けられるための実践を、生活協同組合の歴史を紐解けば、例えば、賀川豊彦による神戸のスラム街での診療所設立や、医療利用組合の実践があげられる。

当時は医療制度も不十分で誰もが医療を受けられると状況ではなかった。賀川豊彦の実践は、助け合いの組織を立ち上げて当時の医療制度の不備を補った。医療に関わる助け合いの組織の現状を社会に示すことで、後年、誰もが安心できる医療制度、国民皆保険体制への道に踏み出す糸口ともなった。

今の日本社会はどうだろうか。例えば「日本の生協の 2020 年ビジョン (2011)」⁶⁹では、今日の状況を「組合員のくらしが、かつてなく厳しさを増す時代」と端的に示している。グローバル経済のもとにある日本社会では働き方も大きく変化した。高度成長期のような右肩上がりの経済成長はなく、経済的な富は極端に偏在している。雇用の流動化が進み、格差と貧困が広がっている。超高齢社会を迎え、年金等の公的社会保障制度への将来不安が払拭できず、さらに国と地方の長期債務残高も 1200 兆円を超えた⁷⁰。国民皆保険体制は形だけは維持されているものの、無保険状態の人が多く存在し、お金がない人は必要な

⁶⁹ 日本生協連政策企画部 (2011)「日本の生協の 2020 年ビジョン」冊子より

⁷⁰ 例えば、2021 年 5 月 11 日付時事通信では、財務省は 10 日、国債などの残高を合計した「国の借金」が 2020 年度末で過去最大の 1216 兆 4634 億円に達したと発表した。前年度末比 101 兆 9234 億円増と、1 年間の増加額も過去最大。新型コロナウイルス対策で、3 度にわたり大型の補正予算を編成したことが影響したという (久保田博幸「国の借金が 2020 年度末で過去最大の 1216 兆円に。政府債務の状況を知るためには何をみるべきなのか」(2021 年 5 月 13 日

<https://news.yahoo.co.jp/byline/kubotahiroyuki/20210513-00237630/>) 2021 年 5 月 20 日閲覧

医療を受けられなくなった。この状況は、賀川豊彦の活躍した戦前戦中戦後直後の経済的社会的状況にも似ているように思えてならない。

医療生協が取り組む無低診は、こうした社会情勢のもとでの「社会事業の開拓的役割」である。つまり、本来は憲法が保障する平和的生存権を享受できるような公的社会保障制度の充実こそが必要なのだが、その実現に向けた運動を進めるだけでは実情は変わらない。だからこそ、その一部実現のために、社会事業によってまずは補完する役割を果たしていくことが生協に求められる。しかしながら、単に慈善事業として無低診を捉えるのではなく、あくまでも各人の「人権としての社会保障」を守り支えるための手段として捉えているところに、医療生協が行う無低診に「社会事業の開拓的役割」を見出せる。

「人間らしい暮らしや社会を与えられるものではなくみずからつくりだす」精神は、「社会事業の開拓的役割」という言葉が当てはまる。生協が、現代の日本社会における「社会事業の開拓的役割」の発揮が、助け合いの活動と公的社会保障のあり方や、いのちに関わる分野における公が果たす役割の論議の出発点となる。

生協だからこそ、助け合いや支え合い運動とともに、それらを事業の中で実現して追求できたのである。無低診の実践は、組合員の医療生協運動の大きな確信となって、さらに医療生協運動を躍進させるものである。

2) 日本型社会的協同組合の十分条件としての無料低額診療事業の実践という提案

医療生協による無低診は、生協の社会事業の開拓的役割であるとともに、医療生協の組織的特徴や歴史的変遷から検討すれば、医療生協の事業の運動における必要条件としての無低診の実践は当然のこととして位置づけられるとしても、さらに組織的特性を踏まえさらに生協の社会的役割を検討すれば、「十分条件」としても位置づけうる実践である。別章でさらにこの件について深めていくが、社会福祉法人ではない医療生協という組織体であるからこそ、低所得者への人権としての医療保障に資する事業と運動が求められるはずである。そもそも生協は低所得階層への防貧施策として厚生省は考えていたものであった。

田中夏子（2019）は、イタリアの社会的協同組合の事業と運動の実践について、社会的協同組合は社会的排除の構造に介入することが求められると指摘する。「生協による社会的排除の構造への介入」との指摘は示唆に富む。日本では生協法において共益性を定め、それは員外利用規制などにつながっている。しかし、医療生協は、医療という公共財を扱うことから共益性と公益性の矛盾を抱えながら事業と運動を進めてきたことは既述のとお

りである。医療生協による無低診実施は、低所得者が医療を受けられないという、換言すれば「不健康者の排除」への介入の実践とも言え、医療生協の「社会的協同組合」として十分条件として見出せよう。

医療生協が「仮に」本来すべき公の役割を果たしながら、単に「代替」「補充」「代行」するのではなく、公の役割を訴えて制度づくりに資するものであると確信したのが、医療生協による無低診の実践であった。「制度としての思いやり医療」という無低診を、運動の文脈において「人権としての医療保障実践」へ転換できたのは、医療生協運動の持つ人権性、開拓性、先駆性があったからである。

公益性を専らとする生協がなぜ公益を志向するのか。それは、単に医療法や医師法が求める万人への対応や医師の応召義務があるからという理由だけでは説明がつかない。そもそも地域を基盤にした生協組織が持つべき特性ではないか。

医療、福祉、介護、保育などのサービスはお金のあるなしで区別や差別があってはならないものだし、これらは、いわば社会的共通資本である。それらの供給は必要充足の原則で対応すべきだが、新自由主義、市場経済優先主義により、それらのサービスが市場化・営利化し、「商品」となっている。さらに人々はその商品を買うことに慣らされてきている。

医療・介護サービスが「商品」ではなく、共同の営みであり、共同生産であること、社会的共通資本であるとの認識を持つためにも、医療生協の出自や組織的特徴を検証することで、なぜ医療や介護が商品であってはいけないのか、その一端も示すことができるはずである。そこには医療・介護サービスの共同化という視座がある。

医療生協の事業と運動を検証することは、医療・介護サービスが商品ではなく、医療・介護サービスの共同化によって対峙する認識を再確認する作業であり、さらに社会保障の市場化・営利化への具体的な対抗軸づくりの一助となりうる。また、そうした医療生協であるための条件を整理し、地域社会に責任を持つ医療生協の十分条件にむけた検討も合わせて進めていくことが必要なのである。

第5章 地域共生社会を「人権・協同・共同化」をもとにつくりかえるために～対抗軸としての医療生協の事業と運動

前章では、医療生協の無料低額診療事業の実践について、医療生協の組織的特徴や歴史の変遷から医療生協運動としての十分条件としての位置として提案した。つまり、生協法上の公益組織として利益追求ではなく、医療・介護サービスという公共財を、生活困窮者や低所得階層を含む地域ニーズをもつ地域住民とともに作り出していく、支えていくという、公益性を追求する事業と運動を実践するのが医療生協運動であり、その方策の一つが無料低額診療事業であることを整理した。ここに至るまでに、医療生協の事業と運動の要素として、「人権」、「協同」を確認し、前章において「共同化」への認識の補強の視座として医療生協が低所得者への医療保障に資する事業と運動を確認してきた。

本章では、人権と社会保障の再整理を行い、その上で、今日、国策となっている地域共生社会を検討していく。

ここでは、地域共生社会について、今日における「経済＞人権」という新自由主義社会を覆い隠す、いわば「道徳的包摂」（景井充 2009）として機能させることを意図し、強者・弱者のそれぞれに道徳的实践を強要すると措定する。つまり、強者には「思いやり」を、弱者には「自己責任」をとという図式を見出し、それらの図式を検討していく。そこから、地域共生社会の内実が「道徳・日本的社会連帯・市場化」の3つのキーワードに集約される要素があることを確認し、「道徳・日本的社会連帯・市場化」への対抗軸として、これまで整理した「人権・協同・共同化」を見出していく。それら「人権・協同・共同化」の対抗として医療生協の事業と運動を位置づけ、地域共生社会への対抗軸として、医療生協の事業と運動の方向を打ち立てていく。

ここでは、①医療生協運動における「人権」、②地域共生社会（「思いやり地域共生社会」）への対峙に向けた医療生協運動における「協同」、③社会保障・社会福祉の市場化への対峙に向けた医療生協運動による「共同化」と分けて、経済を民主主義に従わせると主張するカール・ポランニーの知見を援用し整理して、医療生協運動の可能性と今日の社会情勢における強固な対抗軸として位置づけうることを提起する。

第1節 医療生協運動における「人権」について：人権と社会保障の再整理から

これまで、人権運動としての医療生協運動を概観してきたが、改めて日本社会において、

＜人権＞¹は、どのようなものなのか検討する。そこでは、人権が本来持つ法的意義を希薄化させ、経済的価値をもとに「つくりかえられ」、人的資本となる主体への「競争の支援」として機能していること、さらに、人権を「(個々人の) 思いやり」の問題としてすげ替え、旧来のジェンダー規範を強化する当事者を模範としつつ、そうした当事者を支援するマジョリティのコンセンサスをもって理解促進とする＜人権＞とする状況があることを指摘する。

こうした日本社会において、人権回復、社会保障を再興への視座として「社会権」を再整理する。自明であるはずの「人権」という言葉が持つ意味の再整理から、「人権としての社会保障」が持つ意味を再確認する。それは、社会権であり、資本主義社会における私的所有が前提にあるからこそ、「私的所有がない」人たちへの生存権保障の必要性である。それをベースとして位置づけられるべきなのが、再定義する「人権」である。そして、医療生協運動がそうした公的責任を求める社会保障に資する運動を提起する可能性を検討する。

1) 「性的マイノリティの人権」から＜人権＞の整理

2015年4月、東京都渋谷区は同性パートナーシップを認定制度として運用を始めた。自治体が同性パートナーシップを認定する画期的な制度であり、この動きは全国的に広がり、2021年4月1日時点で103を超える自治体を実施し、日本の人口に占める割合の37%を超えたという²。この画期から「LGBT」³という言葉が行政で多用され、各自治体で「LGBTの基礎知識」のサイトや冊子を作成して市民への啓発活動が進められている。また、2019年2月からは同性婚一斉訴訟も全国的に展開され、婚姻届の不受理が憲法上の人権侵害をしていると裁判闘争が進められ、札幌地裁では憲法1第14条の法の下での平等に反する違憲判決も引き出している⁴。

¹ ここでは、本来の意味とは異なる意味で使われる人権を＜人権＞として表記する。

² 認定 NPO 法人虹色ダイバーシティ <https://nijiirodiversity.jp/2162/> 2021年5月5日閲覧

³ LGBT とは、「Lesbian (レズビアン、女性同性愛者)、Gay (ゲイ、男性同性愛者)、Bisexual (バイセクシュアル、両性愛者)、Transgender (トランスジェンダー、性別越境者) の頭文字をとった単語で、セクシュアル・マイノリティ (性的少数者) の総称のひとつ」である。また、「電通ダイバーシティ・ラボの2015年の調べ (全国 69,989 名にスクリーニング調査を実施) では、日本における LGBT の割合が人口の 7.6% 存在すると言われ」「トランスジェンダーには出生時の身体の性別によって MtF (Male To Female) や Trans woman、FtM (Female To Male) や Trans man という表現も用いられ」という (東京 TRP2021 サイトより

<https://tokyorainbowpride.com/lgbt/> 2021年5月5日閲覧

⁴ 「同性婚認めないのは違憲の初判断 国への賠償は退ける 札幌地裁」2021年3月17日 NHK web <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20210317/k10012919141000.html> 2021年5月5日閲覧

同性どうしの関係性だけではなく、履歴書などの性別欄の撤回⁵に向けて、当事者や当事者を支援する団体等が運動を進め、実際に行政などを動かして成果を勝ち取っている。

当事者による運動が性的マイノリティの人権を可視化させ、具体的な制度をつくるなどの成果を得たことは大きな進展である。運動が権利確立の土壌を整備しつつある点を評価して大いに広げるべきだと認識するも、一方で、現場で直面する性的マイノリティの人権への視点が提起する＜人権＞を改めて検討すべきである。筆者は、生活困窮者への相談援助や行政対応しているが、行政や社会からの生活困窮者への人権をめぐる違和感からである。

性的マイノリティも生活困窮者も同じ人権問題である。しかし、前者が後者を凌駕する事象が起きている。なぜ、前者は、後者よりも人権の「格」が上なのか。人権に優先順位があるものなのか。今日の新自由主義な社会体制においてどう位置づけるのか。こうした問題意識から性的マイノリティの人権を検討し、違和感をはじめ、何がかかわっているのか整理する。

①「性的マイノリティの人権」をめぐる：2つの事例検討から

さて、性的マイノリティの人権をめぐる2つの事例を比較検討してみたい。2つの事例とは、性的マイノリティの人権と生活保護利用者の人権をめぐる比較検討、性的マイノリティ当事者による人権への視座をめぐる事例である。これらから＜人権＞の一端の抽出を試みる。

A) 性的マイノリティの人権化と生活保護利用者との非人権化

2015年4月以降、自治体による性的マイノリティへの視座は、性の多様性の尊重をもとに人権化を促している。今回事例として取り上げる大阪市淀川区の例も先駆的な実践として全国的に有名である。

ア) 大阪市淀川区によるLGBT支援宣言とLGBT支援事業

⁵ NPO法人POSSEでは、オンライン署名サイト「Change.org」にて「履歴書から性別欄をなくそう #なんであるの」というキャンペーンを2020年2月より実施。1万筆を超える署名が集まり、経済産業省へ申入れ、経産省は日本規格協会に行政指導を行い、履歴書書式から性別等の個人の属性を問う項目のある様式例を削除した。

大阪市淀川区は、2013 年 9 月に LGBT 支援宣言を出した⁶。これは大阪市公募区長として淀川区長となった榊正文（現在、枚方市公募校長）の肝いりで、当時アメリカ総領事でゲイ当事者のパトリック・リネハンとの懇談から LGBT を人権問題として捉え、支援宣言につなげたという⁷。この取り組みは、区長によるトップダウンで開始されたが、事業は公募によって委託事業所を選定、支援事業の企画・運営は当事者団体に委託して当事者目線での運営を行っている⁸。LGBT 当事者への電話相談、LGBT 当事者のコミュニティスペースの運営などがある。

この LGBT 支援事業は、公募区長のトップダウンによって具体化されたものとして特筆すべきである。橋下徹が大阪市長となった 2013 年、大阪 24 区の区長を公募する大改革を実行した。橋下徹は、大阪市の財政状況から「企業であれば倒産している状況」として、あからさまな新自由主義的改革を行い、行政のスリム化を断行した。市バス路線廃止や市民病院の統廃合、公募区長制はこの一環であった。公募区長への応募では、区長になるにあたってのマニフェストを応募論文として提出している。榊正文は、「「働ける人が最大限働いて相互に住民が支えあい地域で子供を育てる社会」をつくるために」と題した論文を出している⁹。榊正文のマニフェストでは、役所の意識改革として「サービス業組織」をあげる。行政をスリム化し、「全労働者参加型生活保証」を掲げ、「必要な所得を得るためには共働きしかなく「最大の安全保障は結婚と共働き」と言われている社会」を支えるために、地域の企業を含めて協力を得る、いわば総動員が必要との認識を示す。

イ) 淀川区の生活保護利用者等へ人権侵害行為事例から

特徴的なのが、生活保護利用者について「生活保護受給者の地域での役割」である。

⁶ 「淀川区では、多様な方々がいきいきと暮らせるまちの実現のため、LGBT（性的マイノリティ）の方々の人権を尊重します！そのためには LGBT に関する職員人権研修を行います！LGBT に関する正しい情報を発信します！LGBT の方々の活動に対し支援等を行います！LGBT の方々の声（相談）を聴きます！平成 25 年 9 月 淀川区長榊正文」(<https://www.city.osaka.lg.jp/yodogawa/page/0000232949.html>)

⁷ 「「LGBT」フレンドリーなら何やってもいいのか？」（2014 年 5 月 14 日）

<http://ja.gimaequeereye.org/entry/5696> 2020 年 12 月 30 日閲覧

⁸ 柳妊希（2018）「性的少数者の生活課題の解決に向けた当事者団体と自治体の協働 - 大阪市淀川区を事例に -」立教大学コミュニティ福祉研究学術研究推進資金・大学院生研究 2017 年度研究成果報告書 cchs.rikkyo.ac.jp/institute/project/pdf/project_pdf17.pdf

⁹ 「大阪市区長公募最終合格者の決定について」（*平成 23 年 12 月公募開始からのもので、公募論文等の掲載があったが削除に）（2019 年 12 月 11 日更新）

<https://www.city.osaka.lg.jp/jinji/page/0000325063.html> ホームページ上にはないので大阪市民局より PDF で論文を入手した（2020 年 9 月 7 日）。なお以下の「」内は、榊氏の論文からの抜粋である。

「課題は、不正受給の摘発と、就職能力があるにもかかわらず活動しない人の対策です。つまり、本当に困窮している弱者かどうかの見極めです。困難な財政状況下、生活保護より真の弱者保護、働ける人に働いてもらい、消費してもらう社会へ、という考えを推進します。①生活保護者が、地域社会で、(例；地域ボランティア活動の義務付け等) なんらかの役割を担うように施策を検討します」とある。

榊正文の生活保護利用者へのまなざしは、「不正受給」、「就職能力があるにも関わらず活動しない」ものであり、「本当に困窮している弱者かどうかの見極め」とまで書く。榊正文は、「全労働者参加型生活保証」を構成する人たちを区民とし、外れる人たちをいわば非区民と見出す。そして「地域ボランティアの義務付け」で、生活保護利用者を区民に組み込む。榊正文には生活保護利用者を「働いてもらい、消費してもらう」前提なしに人権の視座はない。つまり、生活保護利用者に人権はないのである。淀川区では、トップダウンで生活保護利用者への人権を侵害した。それが生活保護利用者への「文書送付」¹⁰と、生活保護利用者支援団体への家宅捜索である¹¹。前者では、淀川区だけが生活保護受給者に不正受給警告を送付し、後者は支援団体が生活保護申請同行に関して警備警察という公安警察による家宅捜索事件である。生活保護利用者の支援団体が公安警察の対象なのは驚愕だが、自治体行政が警察行政に近接して同一視するやり方が見える。つまり、生活保護利用者等には信頼や人権がない姿勢を、自治体行政が態度で示したのである。

生活保護利用者への締め付けは正当化されやすい。これは、「社会保障財源は私たちのお金だ」¹²という発想で、「税金を払っていない人に、なぜ私たちのお金が使われるの

¹⁰ 「2013 年 12 月、淀川区保健福祉センター所長（福祉事務所長名）で区内の全生活保護世帯に『適正な保護費の受給に協力して下さい』なる文書を送りつけてきました。同文書には「不正な手段で生活保護を受けて場合などは（略）悪質と判断した場合は警察に告訴する」、「淀川区においては、過去 1 年間で生活保護の不正受給で 4 名の逮捕者」を出した」と。裏面には「淀川区不正受給対策（適正化）担当を設置」とあり、警察 0B を含む不正受給調査専任チームを平成 24 年 4 月に設置し、適正な運営に向け取り組みを強化する」とある。全大阪生活と健康を守る会（2014）『不当弾圧との闘いの記録』日本機関紙出版センター、19-22

¹¹ 「2013 年、大阪の生活と健康を守る会は、3 回にわたって、大阪府警による家宅捜索を受けました。1 回目は淀川生活と健康を守る会)に対して。2 回目は、淀川生健会と全大阪生活と健康を守る会連合会に対してでした。3 回目(10 月 10 日)は、淀川生健会と大生連を含め、全国生活と健康を守る会連合会まで捜索を受けました。大生連と全生連はいずれの被疑者とのつながりはありません。捜索理由はいずれも生活保護法違反をした被疑者の生活保護の「申請同行」をしたということ以外に考えられません」。全大阪生活と健康を守る会（2014）前掲書、1-19

¹² 「納税者主権論者が安易に主張することだが、社会保障財源はもともと「自分たちの私的所有物」という私的所有性に依存して、納税者が「客観的に把握された」ニーズにもとづく充足であるべきくリスク>補填（社会保障）を左右しうるといった発想は、原理的に排除されるべきである」。竹内章郎・吉崎祥司（2017）『社会権』、286

か」、「こんなに生活が苦しい中で税金払っているのに見返りはいいのか」という損得勘定で市民が考えるからである。そうなれば「税金を払わない者は我慢すべきだ」になる。

淀川区では、一方で LGBT 支援を謳って人権施策として積極的に位置づけ、他方で「全労働者参加型生活保証」の枠外の生活保護利用者への人権侵害的対応で当事者を締め付ける。驚くべきは、同じ人権問題であるべき両者が非対称的な位置にあっても、それが「おかしいことである」として指摘する声が少ないことである。

ウ) なぜ同じ「人権」をめぐるこうした事象が起きるのか？

諸外国では、性的マイノリティ支援を前面に出して他の差別や抑圧事象を覆い隠すような現象を「ピンクウォッシュ」¹³という。これは、イスラエルがパレスチナの人々への人権侵害の事実を覆い隠し、アラブ文化圏よりもイスラエルが人権先進国のように見せるイメージ戦略であるが、淀川区の事例、さらに渋谷区でも同様に性的マイノリティの人権を宣伝しながら、他方で生活保護利用者や生活困窮者の締め付ける現象がみられる¹⁴。だが、なぜ「性的マイノリティの人権」がこうも各地でその位置が高まってきたのか。ここではその背景を整理しておく。

性的マイノリティは、今でこそ自治体もこぞって人権として位置づけるが、少なくとも 2000 年以前は、人権としての性的マイノリティはそう確かなものではなかった。性的マイノリティの歴史を概観すれば、精神医学では異常性欲、1970 年代（1990 年代まで）には文部省は「問題行動」と見ていた。1990 年代に当事者団体による同性愛差別事件への裁判¹⁵などを経て、人権としての性的マイノリティの認識は少しずつ広がりを見せた。昨

¹³ 第 10 回 関西クィア映画祭 2016 より https://kansai-qff.org/2016/pinkwash_index.shtml 2020 年 12 月 30 日閲覧

¹⁴ 渋谷区でも同様のことが起きている。「渋谷区が LGBT に優しくホームレスに厳しいのはなぜ？ マツコも憤る LGBT の商売利用」(2015 年 5 月 16 日)

https://www.excite.co.jp/news/article/Litera_1103/ 2020 年 12 月 30 日閲覧

¹⁵ 府中青年の家事件（1990）による東京高裁判決（1997 年 9 月 16 日）では、「平成二年当時は、一般国民も行政当局も、同性愛ないし同性愛者については無関心であって、正確な知識もなかったものと考えられる。しかし、一般国民はともかくとして、都教育委員会を含む行政当局としては、その職務を行うについて、少数者である同性愛者をも視野に入れた、肌理の細かな配慮が必要であり、同性愛者の権利、利益を十分に擁護することが要請されているものというべきであって、無関心であったり知識がないということは公権力の行使に当たる者として許されないことである。このことは、現在ではもちろん、平成二年当時においても同様である」と述べ「都教育委員会にも、その職務を行うにつき過失があったというべきである」と結論付けた。諏訪ノ森法律事務所「レズビアン／ゲイの法律問題」に詳しい。<http://www.ne.jp/asahi/law/suwanomori/special/supplement3.html> 2020 年 12 月 30 日閲覧

今では、文部科学省が通知を出して当事者支援を打ち出している¹⁶。

当事者運動は、1990年代以降に上述の裁判をはじめ、ゲイパレード等の行動も生まれ
たが、2000年代以降に入るとパレードへの協賛として大企業がスポンサーにつく例が多く
散見できるようになる。当初、ゲイパレードにはゲイ産業に関わるスポンサーが主流だっ
たが、次第にセックスだけではなく「ライフスタイル」へ変化し、そこへ協賛するスポン
サーが変化したことも見逃せない。つまり、「同性どうしでセックスをする同性愛者」と
いう性的側面から一歩引き、「同性愛者としてのライフスタイル」への移行という側面が
見いだせる¹⁷。また、2010年代以降になると、メディア等でゲイ男性やトランスジェンダ
ーのタレントたちが活躍し、日常化していく。

河口和也（2013）は、新自由主義におけるゲイの可視化と矛盾を次のようにいう。い
わゆる「カリスマ」といわれるゲイ男性やMTFのトランスジェンダーのメディアでの可視
化について、「生産者や消費者の主体として構築されている」ことを見出し、「カリスマた
ちのライフスタイルの提言や情報が商品化されるかげで、かれらのセクシュアリティの側
面は徐々に消し去られ」、「基本的にかれらの性的な部分を取り除かれた形で表象されてい
る」と指摘する。つまり、「脱性化されたセクシュアリティはネオリベリズムの社会体
制では市民にとって望ましい商品になる」のである。さらに、「個人化をとおして、性的
な部分はプライベートな空間に位置づけられ、例えば女性に規範を促進するという公的な
使命を果たしつつ社会に貢献できるような側面が、異性愛体制を維持されるのに利用され
る」とし、「ゲイ男性は脱性化された規範的市民として作り直される」という。これは、
新自由主義的体制において、性的マイノリティがどんな役回りかを指摘したものである。
脱性化され「生産者や消費者の主体」という経済的主体、「公的な使命を果たしつつ社会
に貢献できる側面」から、ジェンダー化社会体制（異性愛体制）を補完する役割を持つ
のである¹⁸。

脱性化され、経済的主体としての性的マイノリティの位置は、2010年代以降に加速す

¹⁶ 文部科学省は、「性同一性障害に係る児童生徒に対するきめ細かな対応の実施等について」（2015年4月30日児童生徒課長通知）を出し、「性同一性障害に係る児童生徒だけでなく、いわゆる「性的マイノリティ」とされる児童生徒全般に共通するもの」として対応することを求めた。

https://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/27/04/1357468.htm 2020年12月30日閲覧

¹⁷ 斎藤巧弥（2018）、近藤智彦（2018）を参照のこと

¹⁸ 河口和也（2013）「ネオリベリズム体制とクイア的主体ー可視化に伴う矛盾ー」広島修大論集第54巻第1号：151-169

る。特に性的マイノリティの消費行動に焦点が当てられ、「LGBT 市場、5.7 兆円」¹⁹のように、大きな消費者層としての性的マイノリティを見出す。例えば、「マーケットになって、はじめて人権が得られるという側面はあると思う」²⁰と当事者が主張するように、旺盛な消費者の位置だから権利を主張し得ると当事者が自覚していることに、この本質を言っている²¹。

新自由主義社会では、経済的主体としての個人を前提として、自己投資して競争を勝ち抜くことが求められる。性的マイノリティは、経済的主体となって自身の権利を手にしたことに当事者の言質は重なる。

新自由主義社会において性的マイノリティは「人権の宣教師」²²という側面を持つ。競争を勝ち抜き、自己投資を惜しまずに、異性愛前提の社会諸制度に同等の権利を求める。実際に、社会諸制度に果敢に立ち向かう当事者たちの社会的立ち位置や自身の生活保証は自助努力であり、生活困窮者が生活保護利用を拒絶する理由に挙げる「社会に迷惑をかける」ことはない。新自由主義に適合し競争に勝っている、だから異性愛者と同様の権利をよこせ、というわけである。性的マイノリティの役回りは、前述の榊正文の掲げた「全労働者参加型生活保証」、「必要な所得を得るためには共働きしかなく「最大の安全保障は結婚と共働き」と言われている社会」へ適合する。

これらの事例からは、＜経済的主体＝人権＞の図式が見出せる。人権は、経済的主体者の特権とも言うる状況の出現がある²³。藤田悟（2008）は、「現代市民社会において「市民／非市民」の境界であった「富と教養」は政治的に無効化され、「富と教養」の有無による市民社会からの排除という「富と教養」規定は現代市民社会において廃棄される

¹⁹ 『国内市場 5.7 兆円「LGBT（レズビアン/ゲイ/バイ・セクシャル/トランスジェンダー）市場」を攻略せよ！』（週刊ダイヤモンド 特集 BOOKS Vol. 4）、2013 年 10 月などが詳しい。

²⁰ 「東京レインボープライド『声上げることで変わってきた』共同代表理事・杉山文野さんに聞く」毎日新聞（2017 年 5 月 3 日）

²¹ 運動の当事者たちの主張としての「生活者スタイルの提唱」は、例えば、同性婚や軍隊への参加などがあげられるが、「家庭というプライバシー」「自由な市場」「愛国心」といったものへのアクセスの権利平等が主張されるようになったとし、「新自由主義を下支えして補強し、家庭と消費につなぎとめられた私的化され脱政治化されたゲイカルチャーの可能性を重視する」ものである（Duggan（2003））という。

²² 川坂和義（2015）参照のこと。

²³ 杉山文野氏は、「カラフルファミリー」（NHK、2020 年 8 月 4 日、<https://www.nhk.or.jp/d-garage-mov/movie/248-1.html> 2020 年 10 月 10 日閲覧）で、多様な家族の実践が紹介されている。ゲイの友人から精子をもらい自身のパートナー女性に妊娠・出産を経て子どもを得るという生活をどう考えるか。彼の社会的経済的背景には、当然ながら「自由、平等、所有」をもって自助努力生活ができるという確信がある。こうした実践が「なぜできるのか」の視点こそが求められるべきで、多様性の主張は、所有が前提とも言えてしまう。

ことになった」²⁴と指摘するが、新自由主義的社会において、改めて現代市民社会における包摂された市民の位置が「一定の財産」によって再区分されることを意味する。つまり、生活保護利用者のように「一定の財産」を持たざる者を「形式的市民」と区分けし、「一定の財産」を条件に性的マイノリティを「実質的市民」として再配置する。かくして「経済的主体＝人権」をもとに、「実質的市民／形式的市民」との区分けを行う「人権」の一端が抽出できる。また、性に関する多様性の尊重が言われるが、そこでは人権をめぐる経済的主体の問題を「自由、平等、『博愛』」として覆い隠すのである²⁵。

B) 性的マイノリティ当事者による人権への視座 当事者による多数派への「理解増進」活動から

2つ目の事例は、性的マイノリティの当事者運動を取りあげて検討する。性的マイノリティへの「理解増進」の立場を取って活動を進める一般社団法人 LGBT 理解増進会がまとめた『そうだったのか LGBT 歴史的な第一歩を共に踏み出そう』（2018）を読み解きながら、理解増進の論点を整理する。

①いったい誰が理解増進するのか

理解増進会では、「カムアウトできる社会を目指すのではなく、する必要のない社会へ、人権教育・啓発は、全国にあまねく公平に、LGBT の活動は、多様性を尊重する社会の試金石、人権文化の醸成には、理論を深める時間と過程が必要」²⁶という柱をもって活動を進めるという。さらに、「「自民党・性的指向・性自認に関する特命委員会への提言」では、LGBT に関わる人権教育・啓発は、反差別ではなく理解増進で「差別という以前に、学びのなさを解消することが先決」、「心の通い合う真の理解は得られないだけではなく、溝を深める可能性がある」²⁷ことを指摘する。

ここからわかるのは、「誰が理解増進するのか」の問題である。理解促進するのは、多数派であり、無理解な多数派の理解が促進するまで「その後」はない。また「互いに自然

²⁴ 吉田傑俊（2005）、藤田悟（2008）を参照のこと

²⁵ Afuméd(2012) は、Diversity が旧来の因習を温存すると指摘する。また、「自由、平等、博愛」の「博愛」は、実のところ「所有」であることは、マルクスの有名な言葉「自由、平等、所有、そしてベトナム」で指摘するところである。

²⁶ LGBT 理解増進会（2018）『そうだったのか LGBT』 45-46

²⁷ LGBT 理解増進会（2018）前掲、68-69

に受け入れられる社会を目指す」²⁸ことが謳われている。確かに、「お互いに受け入れる」は理想だが、実際の「お互い」は、少数派の当事者と多数派の非当事者と「非対称的な権力関係」を「相等しい関係」とする。さらに同性婚をあげて「考えてほしいのは、多くの市民に人権が十分に涵養されていない状況で、このような制度をつくるのは、涵養することそのものを阻害しかねないリスクがある」と指摘するが、彼らのいう10年後に涵養するのか、不明である。

あたかも多数派の異性愛者と少数派の性的マイノリティが対等平等なる幻想を共有しようとする意図が見える。だが、多数派の異性愛者と少数派の性的マイノリティとでは、量的にも社会の様々な制度においても、決して対等ではない。実際には、非対称的な関係であり、多数派は大きな権力を持つ。しかし、なぜ、理解増進派は、幻想の共有を多数派に訴えるのか。

②対立せず包摂されて強者から「思いやり」を引き出す

黒岩裕市（2015）は、小説家・村上春樹の著作「偶然の旅人」から、作品に登場するゲイ男性のふるまいを「処世術」と整理する。「最終的には「彼」を「ずり落」とそうとした家族や社会の問いなおしではなく、そこに包摂されることをめざす」²⁹のである。ゲイ男性が「処世術」で異性愛社会と波風立てずに折り合いをつける。ずり落そうとする異性愛社会や家族が内包するホモフォビア（同性愛嫌悪）とは向き合わない。これは、理解増進派の「カムアウトできる社会をめざすのではなく、する必要のない社会へ」、まさにそのものである。ここで特筆すべきは、「いかに多数派と不和を避けて同調ができるか」である。少数派である性的マイノリティが多数派に包摂されるには、何かしら同調がなくてはならない。

同調できるものとは何か。例えば、「私がどうしても違和感があったのは、大河内さん（＊不適切発言をした地方議員）が一貫して非常に礼儀正しく、とてもこのような人権上の不適切発言をされるような方とは思えなかった」³⁰、「ご本人（不適切発言をした地方議員）が心の扉を閉ざしてしまい、私（理解増進派の当事者）にとっては本当に大きな反省になってしまいました」³¹とあるように、差別の問題を道徳の問題に置き換えながら、

²⁸ LGBT 理解増進会（2018）前掲、71

²⁹ 黒岩裕市（2016）「脱政治化という＜性の政治＞」pp67-67

³⁰ LGBT 理解増進会（2018）前掲、31

³¹ LGBT 理解増進会（2018）前掲、33

同調点としての「保守」、共通の敵という視点で左翼を挙げ、そこを拠り所にして仲間意識を相互に見出すのである。

この著書には「保守層のみなさんが安心して学ぶことができるように配慮しています」³²、「なし崩し的に保守層が大事にしてきた考え方と対立するものが多くあります」³³、「LGBT ブームに乗って、好き勝手に「LGBT＝ジェンダーフリー」につながりかねない活動が全国で活発化」³⁴、「大きく野党支持で左翼思想に偏っていますから」³⁵など、性的マイノリティとは関係のない事象をならべ、「保守」という共通項をもった左翼批判が特徴である。「性別役割を否定するジェンダーフリー」に同調しながら違いを超えた共感を当事者と非当事者とが得る。これは敵の敵は「味方」という考え方でしかない。

「幻想の共有」の内実は、強者へのすり寄りである。そのすり寄りを保守や左翼批判で覆い隠すに過ぎない。そして強者から「思いやり」を引き出すのである。例えば、LGBT 活動家を左翼とレッテルをはって批判して、自身の性的マイノリティの地位保全と確保を目指す当事者の論考等は、これらをまさに体現している³⁶。少数派である弱者が、多数派である強者から「思いやり」を引き出す図式が見出せる。

池田賢市（2018、2019、2020）は、道徳教育と人権教育との接合の危険性を強調する。政治的、経済的、社会的問題として発生する人権問題について、「心のあり方」である「思いやり」での対応を批判する。本来、差別などの人権問題は、個人の問題ではなく社会構造の問題として生じる。社会構造へどうアプローチして改善できるかが解決の方策である。それを個人の心の問題とするのは、社会構造の把握や、社会変革を志向する人権への視点を閉ざす。さらに、権利主体としての要求が「わがまま」として貶められるとし、「思いやりなどの心の状態を強調し、弱者への配慮こそが問題解決のあり方として肯定的に示されていくとすれば、「弱者」自身が、自らを弱者に追い込んだ社会を批判し、権利を主張していくことは否定的にとられていく」。権利侵害を明らかにし、公的に解決をはかる人権の視点が、自己責任・自己救済として定義し直され、心のもちようによる解決が、自己救済を強調し、国家や公的機関がやるべき諸施策を免責する危険性も孕むとい

³² LGBT 理解増進会（2018）前掲、17

³³ LGBT 理解増進会（2018）前掲、14

³⁴ LGBT 理解増進会（2018）前掲、15

³⁵ LGBT 理解増進会（2018）前掲、40

³⁶ 例えば、松浦大悟「LGBT に向き合っているのは安倍政権」（月刊 WiLL2018 年 12 月号）、小川榮太郎・松浦大悟「封殺された LGBT 当事者の本音」（月刊 Hanada2018 年 12 月号）は、その端的な例である。

うのである。

理解増進派は、「思いやり」という道徳で差別問題である人権に向き合う実践である。恩恵としての「強者の一方的な「温情」や「思いやり」といった「心のあり方」の緩やかな変化」を当事者が期待しながら、理解増進への道筋を見出すのである。

「差別は、その人に思いやりの心があろうがなかろうが、社会的関係性の中で起こっている」現実を無視して、あくまでも保守・左翼批判の仲間という同調をもって現実を覆い隠す。「性的マイノリティへの差別」と「性的マイノリティへの差別心」とは当然異なる。前者は異性愛中心の社会でいくらかでも起こるし、実際に起こっている。池田賢市が指摘するように、「人権課題は道徳では絶対に解決しない」のである。

理解増進派の事例は、「多数派からの思いやりを引き出す活動」であり、自らを卑下しながら³⁷多数派の恩恵、緩やかな変化を期待する。人権が「個人の心の問題」となること、また「人権の視点が、自己責任・自己救済として定義し直されていく」分析は、人間を人的資本とみなす新自由主義的合理性に親和性も見出せる。ブラウン（2017）は、「人的資本から成る民主主義は、平等な扱いや平等な保護ではなく、勝者と敗者の存在を特徴としている」³⁸というが、強者から弱者への「思いやり」の引き出しは、こうした点からも検討しうるものともなる³⁹。

さて、2つの事例を検討して性的マイノリティの人権をめぐって＜人権＞を探った。それは、経済的主体としての特権、そして強者から「思いやり」としての恩恵であった。

人権とは何か。そもそも人権とは、特権でもなければ恩恵でもない。人間に固有に備わる権利主体性のことである。人権の歴史というと、おそらく「自由・平等・博愛」での人権を思い起こす。確かに、人権の歴史を授業で押さえる際に、封建体制から市民が権利の主体者として人権を見出したことは記憶にあるだろう。だが、押さえるべきは、市民社会における市民とは「一定の財産と教養」が前提であり、それらをもとに商品交換ができる自由の状況であって、工藤恒夫（2002）が指摘するように「資本主義社会の被支配階級たる労働者階級は、近代的市民として身分的・人格的拘束から解放されて自由になったその

³⁷ 例えば、松浦大悟は「いま、ゲイのセックス経験人数は平均で三ケタだというのが私の実感です」（小川榮太郎・松浦大悟「封殺されたLGBT当事者たちの本音」『月刊 Hanada』2018年12月号）などが良い例。なぜここでセックス体験人数が出るのか不明であるが、ゲイはセックスモンスターという不道徳な点を強調したいのだろう。

³⁸ ブラウン（2017）前掲書、201

³⁹ ウエンディ・ブラウンのいう「新自由主義的合理性」や、ウルリッヒ・ベックの個人化論、「個人化のポリティックス」（鈴木宗徳 2006）にも関連する。

代償として個人生活について自己責任を背負わされ、生活自助という基本原則を強いられた」⁴⁰ことである。自己責任のルーツもここに見出せよう。その後に市民の条件である

「富と教養」を政治的に無効化して非市民であった労働者を市民に包摂したのが現代市民社会であった。だが「一定の財産」をもとに再び市民を区分けするのは見てきたとおりである。

強者から「思いやり」を引き出し、少数派の痛みや苦しみを緩和させる取り組みもあった。人権は、「思いやり」に変換されると、痛みや苦しみを緩和させる効果くらいは持つかもしれない。しかし「緩和させる効果」は人権ではない。人権は、緩和ではなく完全回復こそが求められる。少数派に位置する当事者が、なぜ強者に媚びながら「思いやり」を引き出すのか。「多数派の論理こそが正義」の認識が見出せまいか。恩恵としての人権という位置は、本来おかしい。こうした＜人権＞から、今一度、人権保障への視座の再整理が必要である。

C) 人権が「つくりかえられている」という視座の必要性

特権でも恩恵でもない基本的人権をどう再認識できるか。少なくとも戦後日本社会で、憲法に基づく人権意識が培われてきたはずである。市民社会論の知見から、非市民であった労働者を政治的経済的に実質的市民として包摂したが、新自由主義が進行する中で貧困や格差が広がって「一定の財産」が、「市民／形式的市民」の区分けの指標になってしまった。

ブラウン（2017）は、新自由主義的ガバナンスによって政治的なものが経済化して判断されること、さらに「それは目的を達成するための道具や手段を焦点化し、対立や緊張関係を、協力や相補関係に置換する」⁴¹という。「政治的なものの経済化」⁴²は、人権の内実を確かに「つくりかえ」ている。LGBTの人権化の背景にあるものは、この政治的なものの経済化であるし、生活困窮者の非人権化もまたしかりである。ブラウンは、また、「市場化によって、主権と法は権利ではなく『競争の支援』となり、人権は私的問題へと転換する」⁴³という。社会へ主張すべき権利は、人的資本となる主体が行使するものと

⁴⁰ 工藤恒夫（2002）「生活についての「自助」原則とは何かー社会保障の必然性を明らかにするためにー」『経済学論集』（中央大学）第42巻6号、153

⁴¹ ブラウン（2017）前掲書、142

⁴² ブラウン（2017）前掲書、146

⁴³ ブラウン（2017）前掲書、69

して位置し、さらに強者と弱者との関係を自明のものとして受け入れ、その関係の受容を抑圧される主体の「自己犠牲」を要求し、主体も保護を要求しない。そうした自己犠牲を厭わない主体への強者のまなざしこそが、強者の弱者の私的問題への対応へ「思いやり」という表明につながっている。「思いやり」は、構造的な不平等な状況を変えることなく温存する。これが現状の人権の内実として機能している。

これらは、新自由主義による人権の「つくりかえ」ともいえるもので、つまり、市場価値をもとにして、人的資本になることができる主体が競争できる状況を支援し、競争できない主体は、不平等な現状を受け止める自己責任の内面化とともに自己犠牲的感覚が求められるものである。人権は、こうして市場価値を持つ者には競争を支援する記号に、また不公平を受け入れる彼らの自己犠牲を他者から「思いやる」という記号となってしまうかねない。

これらの事例が起きている背景には、人間の尊厳であるはずの人権が、日本社会において実際的にどう認識されるかという問題を検討することが必要である。単純に法で保護されているというレベルではなく、実際の現実的にどう位置付けられているかの問題である。

LGBT の権利をめぐる事例を取り上げたが、それらから何が見いだせるか。生活保護利用者への非人権化では、人権の性質を再整理できるに、「思いやり」の引き出しにおいては、人権教育のめざすものが「寛容」「涵養」であり、さらにそれらは道徳として置き換えられるものであった。そしてそれらを貫くのがブラウンのいう「新自由主義的合理性」でもある。

人権が「市民権」、つまり、経済的自由がある人が主張しうるものだけになりかねないこと、さらに人権が道徳に変形することで、社会への主張ではなく個人の問題へ、さらに多数派の差別は、「思いやり」への変質していく。多数派の理解と個人の尊厳とを天秤にかける必要があるものなのか、「多数派の理解」＝同調圧力にもなりかねない。

D) 性的マイノリティの当事者による<人権>再考の必要性

性的マイノリティの当事者の立ち位置も多様であり、2つの事例からは特権や恩恵としての人権が見いだせた。まず押さえるべきは、当事者による人権確立運動は不可欠なものである、ということである。

河口和也ら（1998）は、ゲイ・スタディーズを「当事者たるゲイによって担われ、ゲイ

が自己について考え、よりよく生きることに関与すること、さらに異性の間の愛情にのみ価値をおき、それを至上のものとして同性愛者を差別する社会の意識と構造を分析することによって、同性愛恐怖・嫌悪と闘っていくのに役立つ学問」⁴⁴と定義した。経済的主体となることや「思いやり」を引き出す主体としての当事者は、ともに「よりよく生きること」に共通する。また後段は、それぞれ「社会の意識と構造の分析」で、前段の「よりよく生きる」につなげるものでもある。2つの事例ともに運動として進めたのは事実である。つまり、両事例とも当事者が「よりよく生きる」ために何ができるのか、何をしなければいけないのかを実践したものでもある。だが、「よりよく生きるための基盤」は何か。

例えば、黒岩裕市（2015）は、ゲイコミュニティ内における新自由主義と親和的な「ニュー・ホモノーマティブティ」⁴⁵を批判し、「社会の意識と構造を分析」して「同性愛恐怖・嫌悪と闘っていく」実践を文学批評の立場から積極的に行う。鋭い分析だが、「よりよく生きるための基盤」としての「人間らしい生活」に向けて、新自由主義への批判から生存権保障運動につながる視点は見えない。文学批評の限界だが、性的マイノリティ以前に、人間としての生活こそまず守られるべきなのではないか。

私たちは、性的マイノリティの人権を考える時、なにげなく性的マイノリティの属性に焦点化してしまう。ゲイ・スタディーズは、異性愛社会の中で、ゲイネスを肯定して「よりよく生きる」、「闘う」ための学問体系を志向した。事例のように「特定の性的マイノリティの立ち位置」の向上に資するものの、特定以外の性的マイノリティ、人間らしい生活すら保障されていない性的マイノリティの立ち位置はどうか。人権を考える上で、何よりも「よりよく生きるための基盤」の視点こそが重要ではないか。「よりよく生きる」ことは、特権や恩恵ではないし、憲法に定める幸福追求権（13条）への視点である。性的マイノリティだけではない社会に生きる人々の「よりよく生きる」保障の視座こそ、人権の基盤ではないか。

諸外国では、性的マイノリティであることで生存が脅かされる現実がある。だが、日本国内において諸外国のような迫害などの形で、彼らの生存を脅かすものが全体としてある

⁴⁴ 河口和也・風間孝（1995）『ゲイ・スタディーズ』青土社、2-3

⁴⁵ ニュー・ホモノーマティブティとは、「ヘテロノーマティブな前提や制度に対立するものではなく、むしろそれを支え、補強し、「家庭と消費につなぎとめられた、私的化され脱政治化されたゲイ・カルチャーの可能性を重視するもの」をいう（黒岩裕市、2016）。経済的主体となったゲイたちが、異性愛者と同様の社会制度として同性婚や軍隊への入隊などを要求するなどが例としてある。

とは言い難い。そう考えると、自由権的な位置での性的マイノリティの人権⁴⁶ではなく、社会権的な側面として、衣食住と職をどう保障するかとする「人間らしく生きる」ための異性愛者との共通の基盤とすべきであって、自由権的の性的マイノリティの人権の側面を第一義にすべきではないことも見出せる。例えば、性的マイノリティの生活調査では、シス・ゲイがシスレズビアンと比べると所得が高く、さらにトランスの所得が低い状況⁴⁷がある。これは日本社会のジェンダー格差が反映された結果であって、トランスは別にしても、ゲイやレズビアンであるがゆえに生存が脅かされる直接的な要因として位置づけるには無理がある。

性的マイノリティの人権の検討から見出せた特権や恩恵としての人権を克服するためにはどうすればよいのか。筆者が日常生活における人権への視座の再整理で留意すべきことをいくつかあげておきたい。

それは、なによりも異性愛者を含めたすべての低所得者の人たちの生活保障をどう再構築すべきかを志向するべきである。その基盤が憲法 25 条の生存権保障とともに 13 条の幸福追求権である。それらの視座を持つ社会権の構築こそ必要である。これらをもとに人権確立運動の必要性に向けて、今一度、社会権を再考し、人権確立運動を組織していくべきである。その基盤には「人間らしく生きる」が位置づけられなければならない。

性的マイノリティの人権は、特権でも恩恵でもない。しかし、今日の<人権>からは、特権や恩恵としての人権として見出せ、いわば「経済>人権」という図式が、事実であり現実でもある。生存権的視点に立って、人権を今一度検討することが必要であることを、性的マイノリティの人権を検討から再認識させられるのである。

2) 人権と社会保障の「つくりかえ」：戦後日本の社会保障をめぐる変遷から

人権が「つくりかえられている」という視座は、性的マイノリティの人権と生活保護利用者の人権の事例から検討した通りである。新自由主義的社会において、<人権＝経済的主体>が暗黙知であり、市民社会論の知見を援用すれば、「市民／形式的市民」というべき状況である。人権がつくりかえられていることを検討してきたが、つくりかえられているのは、人権だけではない。人権とともに深く関わりのある社会保障についても同様である。

⁴⁶ 谷口洋幸「多様な性と国際人権法」しんぶん赤旗（2020 年 4 月 14 日）より

⁴⁷ 村木真紀（2018）「性の多様性を前提とした職場環境づくりを考える」『日本労働研究雑誌』No. 699、認定 NP0 法人虹色ダイバーシティによる調査結果を参照のこと

ここでは社会保障につくりかえについて検討しておくこととする。

①「国家責任としての社会保障」から「助け合いとしての社会保障」へ

戦前の隣保相扶を基軸として救貧制度を進めてきた日本は、敗戦によって占領政策の中で国民主権を取り戻した。戦前のような強制を伴う連帯を余儀なくされる相互扶助による助け合いではなく、国家責任による社会保障を憲法に位置づけた。

例えば、社会保障分野では、社会保障制度審議会勧告（1950）でも明らかなように、社会保障は国家責任となった。実際に、生活保護は国家責任として、国民の権利として位置づけられた。しかし、1995 年の社会保障制度審議会によって国家責任が「みんなの責任」となる。「みんな」とはだれのことを指すのか。少なくとも国は位置づけを明確にしていなかった。当時、社会連帯という言葉が審議会勧告で多用されたが、それは、戦前の日本的連帯である強制的な連帯を忘却した、古き良き日本の助け合い、ノスタルジーとしての社会連帯として登場した。

里見賢治（2014）は、共助としての社会保障の再定義を批判する。そもそも、「自助」「共助」「公助」を並列的に扱えないはずで、公助としての社会保障・社会福祉の確立があって「自助」「共助」が成り立つはずである。秋元美世（2001）は、自助責任が基底にあって、それができない場合に国家責任でという公的責任のあり方は、「救貧制度的な位置づけ」であると指摘するが、「公助」という救貧的で前近代的なのが今日の現状である。

社会保障への財政問題が焦点化されると、国は、社会連帯の実践を消費税に求め、さらにノスタルジーとしての社会連帯を、助け合い・支えあいとしての地域社会づくり政策に乗り出した。さらに、社会保障制度改革推進法（2012）を策定し、社会保障の意味それ自体を変質させた。つまり「社会保障は助け合いである」という定義であり、憲法 25 条はそのままにして、いわば解釈改憲ともいうべきものであった。法は変えずに下位法で内実を「つくりかえ」てしまったのである。

こうして敗戦から今日の社会保障の変遷を見ていくと、「国家責任としての社会保障」が、「助け合いとしての社会保障」として、その内実がつくりかえられていくさまが理解できる。しかし、なぜ、このように人権や社会保障の内実がつくりかえられていったのか。「社会連帯と自己責任理念により公的責任を解除する」⁴⁸状況は、言い換えれば「つくりかえ」

⁴⁸ 石倉康次（2012）「日本における生存権保障と公的責任」『障害者問題研究』第 39 巻第 4 号、50

である。2021 年現在、こうした傾向は一層強まっており、公助はまさに救貧としての機能となりつつある。

②人権と社会保障の「つくりかえ」:「つくりかえ」を支える理論の論点整理から

人権や社会保障の「つくりかえ」はなぜ進行したのか。ここでは、「つくりかえ」を支える理論を整理する。「つくりかえ」は、新自由主義によって進行していることが知られている。では、その理論はどのようなものなのか。

桜井智恵子 (2020) は、「日本では、ミシェル・フーコーのいう規律・訓練的な社会が世界中で最も機能していると思われる」⁴⁹という。それは何を指しているのだろうか。

そもそも、マルクス市民社会論の知見では、近代市民社会の現代市民社会への移行において、市民としての労働者の位置づけについて、政治的に非市民から市民とし、さらに労働者階級を市民階級へ引き上げるための政治的解決があり、現代市民社会に至っている⁵⁰。

人権や社会保障の「つくりかえ」を支える理論を検討するにあたって、桜井智恵子の「規律・訓練的な社会が世界中で最も機能している」との指摘は示唆に富む。人権や社会保障の「つくりかえ」にどのような理論があるのか。ここでは、フーコーとベックの理論を取り上げて整理しておく。

ブラウンの「新自由主義的合理性」の知見は、ブラウンのオリジナルではない。ブラウンがフーコーの知見⁵¹から見出したものである。フーコーは、自由主義の延長上として新自由主義を見出す。そこでは、新自由主義は「権力の質の転換」、つまり、フーコーのいう統治術、国家の政治経済学として存在しているものとして把握する必要がある。単なる民営化や自由化のレベルではなく、「統治と権力の特質」として把握するものである。

フレイザー (2003) は、フーコーの見立てる福祉国家像を「戦後のケインズ主義的福祉国家が全盛を極めた時代に、フーコーの著作は福祉国家のもっとも誇らしげな公益にも暗い裏面があることを教えてくれた。彼の眼をとおせば、社会福祉事業は規律訓練の装置に、ヒューマニズムにもとづく改革はパノプティコン的監視体制に、公衆衛生を目的とした施

⁴⁹ 桜井智恵子 (2020) 「反自立という相互依存プロジェクト」『自立を追い立てられる社会』インパクト出版会、58-59

⁵⁰ 後藤道夫 (2001)、藤田悟 (2005, 2008) に詳しい。

⁵¹ フーコーの新自由主義への視座は、『生政治の誕生 コレージュド・フランス講義 1978-1979 年度』に詳しく、さらにそれらを解説する論考等、例えば、芹沢一也 (2007)、権永詞 (2015)、重田園枝 (2020) ほかを参照のこと。

策は生—権力の展開に、医療実践は主体化＝従属化の媒体になる」⁵²という。20 世紀を通じて福祉国家が行き詰まると、福祉国家的な統治に変わる新自由主義的な統治へ重心を移していく。「それは、人びとに多くの自由を保証し、彼らに、一種の経済的空間を割り当て、その内部でリスクを引き受け、立ち向かえるようにすることが、規律権力を通じて従順な身体を規格化して人々を道徳的に統治するよりも、権力行使のコストを引き下げるという効率性の発想に基づいている」⁵³からなのである。

佐貫浩（2015）は、新自由主義の本質を、フーコーの『生政治の誕生』から、「競争原理を社会全体に作り出し、競争を機能させる格差を作り出し、失業を競争とより高い生産性を実現するための「流動」として保証する仕組みであり、格差の中で競争に立ち向かう「主体」を作り出す「主体形成の方法」として最低の水準で実施され、政治経済学の視点から社会全体のコストを下げるための政策的介入が計算されて、国家介入の手法（統治技術）が拡大的に展開するのである」ことを見出し、「市場への不介入という出発点の原理は、競争を作り出す環境管理と、そのなかで競争の主体として生きる人間を作り出す主体化の環境管理として、社会へ全面的な介入、人間の生の全面的な管理へと展開する」⁵⁴という。斎藤嘉幸（2015）が言うように、「新自由主義の原理とは、市場の論理を社会全体に徹底させるために、国家が法的介入を通じて制度的枠組を形成する、という国家介入の原理」⁵⁵なのである。

フーコーは、新自由主義は人的資本として労働者を見出すという。「労働力を労働者の所有する資本と捉え、労働者はその資本から賃金という形で所得を受け取ると捉え、「ホモエコノミクス」としての行動」⁵⁶と見出すのである。ホモエコノミクスとは、「それは、企業家であり、自分自身の企業家」であり、人的資本として捉えることで、経済分析から完全に逃れていた諸要素に関する経済分析をついに可能にする」⁵⁷のである。

新自由主義において人々は、ホモエコノミクスとしての主体化され行動すること、つまり、「統治される主体性を獲得させられる」のである。

⁵² ナンシー・フレイザー、高橋明史訳（2003）「規律訓練からフレキシビリゼーションへ？グローバル化の時代にフーコーを読む」『現代思想』2003 年 12 月臨時増刊号、26

⁵³ 権永詞（2015）「個人化論の再検討—M. フーコー統治性研究らの接近—」千葉商大紀要第 53 巻第 1 号、55

⁵⁴ 佐貫浩（2015）「＜研究ノート＞M・フーコーの新自由主義把握の検討」『生涯学習とキャリアデザイン』第 13 巻第 1 号、23

⁵⁵ 斎藤嘉幸（2015）『新自由主義と権力 フーコーから現代性の哲学へ』人文書院、18

⁵⁶ 佐貫浩（2015）前掲書、23

⁵⁷ 佐貫浩（2015）前掲書、23

フーコーによる統治性研究からの新自由主義への知見は、経済、つまりホモエコノミクスが政治を制し、市場のルールが政治のルールとなって競争が日常となること、市場のルールがあらゆる分野を侵食し、経済的価値に置き換えると捉える。人権が経済的主体者の特権となるのは、こうした理論から見いだせる。市場のルールが絶対であり、市場を支えるために国家が規制緩和を行って競争を煽る。これが人権や社会保障のつくりかえの理論の一つである。

フーコーの生政治と統治性研究とともに、もう一つ、新自由主義への視座に向けた理論研究の手がかりになるのが、ウルリッヒ・ベックによる個人化論である。フーコーの理論と交差する点もあり、より新自由主義を立体的に検討する上で有用な知見である。

鈴木宗徳（2015）は、ベックの個人化論は、「個人化が強調するのは、個人化すなわち選択の多様化が、一方では中間集団や規範からの解放を意味しながら、他方では、さまざまな形で個人の水準における問題を生み出しているというパラドクスである」こと、「選択肢の増大というプラスの側面と自己責任の増大というマイナスの側面とを、同時に描いた」ものである⁵⁸という。

権永詞（2015）は、ベックは構造的な社会変動の帰結と捉え、規範や道徳の正当性・普遍性が急速に揺らいだためという、個人化の背景を指摘する。個人化によって、自己準拠的統治が「非対称的な関係性」を消去していく。「自己準拠的に自己を統治する個人である」ということは、個人の意思や行為がほかの何ものにも従属していないことを意味することになり、あらゆる従属関係に「異議申し立て」を行うことが可能となって、「あらゆる自他の非対称な関係性にも適用され、個人化は自己準拠的な自己の自立は他者への依存を強く否定し、他者も自己準拠的な自己であることを求められる」⁵⁹という。そこから「あらゆる非対称的な関係性を消去することも可能になるという非対称的な関係も、なんらかの形で対照的な個人同士の関係に転換されねばならない」⁶⁰という状況をつくる。例えば、市場における交換という形式が依存関係を契約関係へ転換するなどの例を挙げて説明する。権永詞は、個人化によって非対称な関係を消去するということは、社会保障や人権などの考え自体が「過去のもの」とされてしまうこととなると指摘する。

つまり、人びとは、個人化によって連帯などは見いだせず「個人化による自己統治」を

⁵⁸ 鈴木宗徳（2015）「はじめに」『個人化するリスクと社会』勁草書房、iii-iv

⁵⁹ 権永詞（2015）前掲書、60

⁶⁰ 権永詞（2015）前掲書、60-61

強要させられてしまうのである。これは自己責任論につながる理論でもある。鈴木宗徳（2006）は、ベックの個人化論から「個人化のポリティックス」を見出す。ベックは大量失業という現象が、政治的抗議なしに受け入れられてしまっている現状を批判して「失業はもはやある特定の階級が見舞われる過酷な出来事ではなくなり、大量失業が個人的運命として人間に負わされる」といい、労働組合や政治による雇用労働者のリスクの処理形式は、個人化しつつある、法的・医学的・サイコセラピー的なカウンセリングないし補償と、競合関係にたつ」として、「失業というリスクは労働組合や政治によって処理されてきたが、今日ではその役割がカウンセリングやセラピーが担っている」ことを指摘する。個人化は、「社会的な問題、あるいは政治的な問題を個人的な問題として処理するところに、すなわち大衆を脱政治化するところに、カウンセリングを用いた隠された政治的意図があるとも言える」と指摘する⁶¹のである。

鈴木宗徳の「個人化のポリティックス」は、安丸良夫のいう近代日本社会における勤勉、儉約、謙譲、孝行などの生活規範である「通俗道德」に重なる。

安丸良夫（1999）は、「通俗道德は今日の私たちにとっては封建的な諸関係によって補完されつつ急速に展開した日本資本主義のイデオロギー的上部構造にほかならない」と指摘する。「通俗道德において、道德は、富や幸福ときわめて本質的なつながりをもっているが、しかしそのことは前者が後者の手段だということを意味するものではない」のである。前者と後者との「道德的目的と功利的目的との予定調和をあまりに安易に信じすぎており、両者の分裂の可能性（むしろ必然性）に目をふさいだ偽善的なもの」であるとして、「富や幸福をえた人間が道德的に弁護されており、貧乏で不幸な人間は、富や幸福から疎外されているとともに、その事実によって道德からも疎外されているのだ、と判定されている」⁶²という。同じく歴史学の視点から、及川英二郎（2011）が「失業とはまさに部品になれないことであり、部品になれないがゆえに陥る貧困とは「自己責任」の口実に従えば、良い部品になることのできない「落伍者」の証でしかない」⁶³というように、道德的に清く正しい行いをすれば富や幸福になるはずなのだ、逆に貧しいのは道德的に劣った行為をしているからに他ならないとの主張を正統化する。通俗道德も、個人化のポリティックス同様に、本来は、失業が社会問題であるはずなのだが、「個人の勤勉さが足りないから失業した」こ

⁶¹ 鈴木宗徳（2006）「＜個人化のポリティックス＞—格差社会における＜自立＞の強制」九州国際大学経営経済論集第13巻1・2合併号、123-145

⁶² 安丸良夫（1999）『日本の近代化と民衆思想』平凡社、13-16

⁶³ 及川英二郎（2011）前掲書、13

とに分があるように位置づけていく。「通俗道徳と功利的目的との接合・癒着のなかに、近代日本の思想構造の巧妙なカラクリの原基形態が露呈している」とし、「人間的努力はたえず勤勉、儉約、孝行などの通俗道徳的形態を通して発揮され、そのことによって支配体制を安定化させる方向に作用した」⁶⁴と安丸良夫は指摘するのである。

このように「つくりかえ」の理論について概観してきたが、酒井隆史（2019）は、新自由主義（ネオリベラリズム）の検討では、「マルクス派的アプローチとフーコー的アプローチがあり、前者では資本蓄積なし金融資本論の観点からの経済学的イデオロギーとして、資本主義の特定の段階に照応するイデオロギーとしてネオリベラリズムを捉える傾向があり、巨大な政治的プロジェクトとしてのネオリベラリズムという側面が見にくくなる」といい、「フーコーは当初より、リベラリズムとその現代の変種であるネオリベラリズムを、統治的合理性として、政治的合理性として捉えていた」⁶⁵という。ブラウンのいう「新自由主義的合理性」も規範的理性の命令、つまり統治性からの知見である。人権や社会保障の「つくりかえ」は、経済が政治を支配するという統治性よるものが大きな要因であることがわかる。

③「つくりかえ」を進行させた新自由主義を検討する上で見出したフーコー、ベック理論の論点整理

本稿では人権のつくりかえに至るまでに性的マイノリティの人権の検討から、①人権＝経済的主体、②人権＝思いやりの図式を明らかにした。つまり、経済的主体とともに人権が道徳と同義に「私的問題」に回収されていく状況を見出した。また、社会保障の「つくりかえ」を支える理論として、フーコーの統治性研究やベックの個人化論を検討した。人権や社会保障の「つくりかえ」をつらぬく規範的理性である新自由主義的合理性は、フーコーが見出した「経済が政治を支配する（経済＞人権）」という統治性研究から、「統治と権力の特質」として把握することが必要であり、さらにベックの個人化論では、個人化の進展が自己の自立が他者の依存を否定して非対称的な関係を「対称的な関係」として迫ること、それは自己責任論を喚起するものとなり、強者の理論が正当化されることが説明された。

「国家責任としての社会保障」から「助け合いの社会保障」への「つくりかえ」は、例

⁶⁴ 安丸良夫（1999）前掲書、16

⁶⁵ 酒井隆史（2019）『完全版自由論 現在性の系譜学』河出文庫、517-518

えば、今日の社会保障制度改革推進法へとつながっている。次にこうした改革が、「権利を市民権に還元する」方向を示していることを確認して、改めて市場社会における市民権と、本来あるべき社会権について検討する。

3) 社会権の再構築に向けた医療生協運動の可能性

人権と社会保障の「つくりかえ」の解消を求めるために必要なこと何か。それはまず、人権について再検討することからはじめなければならない。

①「能力の共同性」としての人権の再定義

人権論で押さえておきたい視点として「資本主義における人権とは何であり、それがどう変質したか」である。松岡正美（1978）は、資本主義における人権について財産権の視点から、「財産的自由＝財産権の保障は、それこそすべての人々の人間的な生存を経済的に支える手段になるものだ」という意義づけによって存在価値を持つものであった」として、「財産権の変質、人権からの乖離現象」として本来の財産権を見出す。こうした乖離現象への対応として、社会権や生存的基本権としての諸権利を「補足し修正するものとして、時期的に言えば資本主義の独占段階以降に新しく加えられてきた」⁶⁶という。

LGBTの人権化と生活保護利用者の非人権化での議論から、人権の内実が、経済的主体者であること、さらに経済的強者に思いやりであることを述べた。つまり、キーになるが「経済的主体者」である。彼らは、私的所有を前提として権利行使をしたと見てもよい。「マーケットになってはじめて人権が得られる」という当事者の発言はまさにその体现である。

竹内章郎（2017）は、こうした人権における市民権／法の論点を次のように簡潔に整理する。問題なのは、「権利行使＝私的所有という前提」を暗黙知に社会が受け入れている状況である。つまり、「市民権／法自体は、私的所有を核とするその市民権の発揮を可能にする能力を「すでに私的所有している」点を前提にする」ことであり、私的所有に乏しい生活困窮者の非人権化などの例に見られるように、「市民権／法は、この所有者以外を排除・差別する権利／法であるため、すべての諸個人に真の自由や主体性を保障する前に権利／法ではない」のである。「資本制社会としての市民社会の権利／法である市民権／法は、商品交換関係、さらには資本－賃労働関係に根拠をもつ」が、「この根拠は同時に私的所有の

⁶⁶ 松岡正美（1978）「現代人権論と生活協同組合」『生活協同組合と現代社会』、278

成立とその正当化においてすでに効力をもっている」のである。こうした状況のもとで「日本を含む「先進国」の新自由主義は、日常的には市民権主義ともいえるべき「合法主義」に依拠して、その市場至上主義的姿を全開させ、不平等・格差を拡大させている」のである。例えば、1994年の社会保障制度審議会社会保障将来像委員会での「保険料負担を見返りとして受給を権利だという意識を持たせる」⁶⁷の議論を見ればわかるもので、「社会権を私有財産しだいのものとし、権利行使を財産とその稼働能力を含む私的所有物にもとづかせるものであり、社会権／法の否定論」であるという。そして「社会権との真の統一を欠く不平等な市民権は、労働能力商品を嚆矢とする私的所有という前提・条件下でのみ成立するため、能力の私的所有者である限りの人権」⁶⁸であるとして市民権主義を批判する。

竹内章郎は、さらに日本の市民権や市民法の称揚と社会権や社会法の軽視の深層には、日本の法社会学・法思想における社会権や社会法の基礎づけの不備があるという。そもそも「私的所有の欠如で生存が脅かされている人をも権利主体とし、私的所有にはまったく無関係に権利主体を創出するのが社会権／法なのであり」、「社会権／法の実現に必須の財源確保のためには、財産権などの私的所有権、つまりは市民権の一定の制限を伴わねばならない」という。さらに、「市民権は私的所有を根拠とする個人主義的権利であり、それをいくら集積しても権利の個人性や私有制自体は存続する」⁶⁹と指摘する。

この個人主義的権利を裏返せば個人的問題、つまり私的問題と転換され、あらゆる問題は個人責任や自立の問題にもなりかねず、さらに多数派理解の視座も「私的問題に対する多数派の寛容さ」となり社会的不利益への視点を不可視にするものともなる。確かに、市民を前提とすれば想定できる。ここでいう市民とは、暗黙知の上で「教養と一定の財産」という旧来の市民像である。つまり、市民権の中核には私的所有を前提としており、市民社会における権利行使が、ギブ・アンド・テイクを基底にしており、「ギブなしでは、テイクは保証されないといった疑念を伴って強烈に作用し、社会権／法にも私的所有論が介在する」のである⁷⁰。

さらに「社会権／法を、客観的な経済や社会構成とは無関係に成立するような、きわめて抽象的で主観的な色彩の濃い権利／法にしかねない」⁷¹として、「人間の尊厳という理念」

⁶⁷ 竹内章郎・吉崎祥司（2017）『社会権・人権を実現するもの』大月書店、64

⁶⁸ 竹内章郎・吉崎祥司（2017）前掲書、264

⁶⁹ 竹内章郎・吉崎祥司（2017）前掲書、288

⁷⁰ 竹内章郎・吉崎祥司（2017）前掲書、59-91

⁷¹ 竹内章郎・吉崎祥司（2017）前掲書、86

という抽象的なヒューマニズムへの依拠について、「権利／法をたんなる意志にもとづかせる法律的幻想」⁷²に陥る危険性も指摘する。つまり、ギブ・アンド・テイクを基底とする社会権では、例えば、生活保護受給による「テイク」は可視化されても、「ギブ」である財源が市場秩序外部によるものであることが見えずに、「人様の税金で生活している」というものにしか見えない。しかし、「租税構造に先立って所有権といったものは存在しない」⁷³し、社会保障財源は「自分たちの私的所有物だ」という私的所有性に依拠されるものではないはずで、社会保障財源が自分たちの納税者のものだという発想では、市民権の延長上の社会権でしかなく、本来あるべき社会権ではない。

社会権の前提は「社会的権利の内容は、それを要求する個人の経済的価値によって決まるものではない」⁷⁴ということであり、竹内章郎は、そうした社会権の基礎づけとして、①私的所有と商品交換に基礎づけられる市民権／法とは出自も次元もまったく異なる社会権／法的な領域が想定されうること、②人間集団の一員であれば権利主体だという集団主義的権利主体であること、③通常は私的所有物として把握されがちな能力や富のみならず病や災害などのリスクすべてを社会共同的なものとして捉える集団性（能力の共同性）であること、④集団的な社会権／法の実現は能力を含む集団的富のニーズ論の充実にもとづく再配分によること、⑤集団性に基礎づけられる社会権／法の主体は、集団主体＝個人としての能力を含む私的所有物いっさいの私有性が問われない権利主体であること、以上の5点にまとめている。

ここで特にポイントとなるのが、③にある「能力の共同性」という視座である。竹内章郎（1988、1993）は、能力の根源を当該諸個人の自然性と諸環境や他者と（社会的生産物も含む）との相互関係自体とする「能力の共同性」論を提示する。これは学力優秀な生徒がいたとすると、その生徒の個人の能力は、生徒個人の個体による能力だけではなく、その能力を育み伸長した社会的環境、例えば、家で学習するスペースが確保され、塾へ行って勉強できるなどの家族による庇護のもとで経済的支援などの背景をもつての「学力優秀な生徒」であり、集団による能力がその個人に開花したというべきものである。「頑張ったから学力優秀になった」の背景には、その個人が属する集団内で頑張れる社会的環境があったからであり、個人の能力というよりもその集団による能力の共同性が個人に結果をも

⁷² 竹内章郎・吉崎祥司（2017）前掲書、86

⁷³ 竹内章郎・吉崎祥司（2017）前掲書、304

⁷⁴ マーシャル（1993）『シティズンシップと社会的階級』法律文化社、56

たらずという視座である。

さらに、社会権の再構築に向けて＜富とリスクの分かち合いの共同性＞をあげている。＜富とリスク＞相互の普遍的な共同性・集団性が基礎づける社会権や社会権主体は、脱商品化＝脱物象化した市場秩序の「外部」抜きには成立しない⁷⁵という。例えば、生活保護は「社会における協同的集団的リスクを社会における協同的集団的富が補填する社会制度」⁷⁶となり、貧困などのリスクと富裕などの富との相互性から、原理的には財政難自体を理由に切り下げることはあり得ないことも見出せる。

「能力の共同性」論は、自助が執拗に求められる今日の社会において示唆に富む。「頑張れば報われる」考え方があがるが、それには頑張る当事者を支え取り囲む社会的環境のかかわりなしには成就しないのである。今日の自助の強要は、当事者を支え取り囲む社会的環境を一切無視したものであって、頑張ってもできない者は、頑張りが足りないとする「自己責任」を助長する。「能力の共同性」論は、こうした自己責任論を真っ向から否定するものである。なぜならば、そもそも個人とは、集団内での相互関係を持つという前提があるからである。「能力の共同性」論は、通俗道徳への対抗とも言えるものである。

「生命力という能力も、ケアなどの社会文化的営為（＜富＞）と、放置されれば＜リスク＞となる自然性との関係としての「能力の共同性」により成立する」というように、＜富とリスクの分かち合いの共同性＞に至る「能力の共同性」は、「人間の尊厳」などの「抽象的なヒューマニズムに依拠せずに、文字どおりすべての人の生存を具体的に擁護しうる」⁷⁷ので、＜経済的主体＝人権＞などの人権の内実を理論的に再定義できるものとなる。

②人権運動としての医療生協運動に向けて

吉崎祥司（2017）は、「市民権にはらまれる権力的強制と排除・差別の無視・軽視または看過と、市民権それ自体の物象化という把握の欠如が、近代的自由権論の決定的な瑕疵と

⁷⁵ 社会権における脱商品化について、吉崎（0000）は「福祉ニーズ自体を先駆的に貨幣化して貨幣支払いをニーズと等値するのは、市場秩序「外部」を無理やりに内部化する点で、社会保障の事実上の否定として克服すべき」と指摘する。ニーズの充足について貨幣化することは市場外のを市場内へ強制し、商品としてしまう。商品は購入すべきものあることは日常実践で当たり前になっている。社会権の実現には貨幣額がニーズ把握にはなりえないことを示すのである。

「社会権が不可侵で、業績を基礎にするのではなくシティズンシップを基礎に保障されるのであれば、社会権は、市場に対抗して個人の地位を脱商品化する」（エスピン・アンデルセン 2001）

⁷⁶ 竹内章郎・吉崎祥司（2017）前掲書、268

⁷⁷ 竹内章郎・吉崎祥司（2017）前掲書、294

して、社会権をめぐる理論問題の要に位置する」⁷⁸と指摘するが、社会権を再構築するためには、社会権の理念的根拠として、「第一に、存在とその自由の無条件的承認を要求し、そのための資源の配分あるいは移転要求の正当性を主張すること、第二に、富とリスクの集団性・社会性の相関的成立、したがってまた責任の社会化の必然性に基づき「社会財」による人間的生存・生活の集団的保障という規範的要求の正当性を強調し、集団性に定位する社会権の「無差別平等性」を求めること、第三に、「関係的な存在」としての人間における、生の相互補完・補填にもとづく平等の現実化の基底として、社会権の無条件性と普遍性を自明にするものとする」⁷⁹ことをあげている。

社会権を市民権の延長のようなものとして捉え、「ギブ・アンド・テイク」の関係性のなかでの権利を自明と考える日本社会において、社会権の捉え直しは必須であり、社会権の再構築が求められるはずである。しかし、人権や社会保障の「つくりなおし」が進み、それを日常知として受け入れてしまう状況で、社会権の再構築は至難の業とである。さらに後段で論じるように、学校教育において、道德教育の実践が、道德的な思いやりの心を養いつつ、人権を後景に追いやって義務と責任を植え付けていく中で、竹内章郎の指摘する5点の社会権の基礎づけを学び実践することは難しい。

市場社会に生き、自助が強要され、自己責任を突き付けられる社会において、「ギブ・アンド・テイク」のサイクルから外れた関係は想像しにくい。そもそも「商品交換関係・市場秩序の制度化としての市民権においては、商品交換の主体たりえない者・主体たりえないと見なされた者、つまり商品や貨幣を持たない者、それらを獲得する能力がない者は排除され差別されてきた」⁸⁰のである。シティズンシップの基礎は、「自由、平等、そして所有」であり、所有を「博愛」などといってごまかしてきたのである。今日の暗黙知となっている〈経済的主体＝人権〉の現実とともに、本来あるべき「能力の共同性」に至る〈富とリスクの分かち合いの共同性〉にもとづく人権のありようは、学び合いが不可欠である。なぜなら日常的実践として前者は補強され強化されているからである。

医療生協運動から「能力の共同性」をどのように位置づけられるか。歴史的に医療や福祉は、篤志家や高貴な者による慈善事業として展開された経過がある。慈善事業は、社会権の一定の代替措置として機能し、社会権の成立を促したが、「慈善事業は道德的社会的義

⁷⁸ 竹内章郎・吉崎祥司（2017）前掲書、331

⁷⁹ 竹内章郎・吉崎祥司（2017）前掲書、334-336

⁸⁰ 竹内章郎・吉崎祥司（2017）前掲書、331

務であっても、権利を保障する法的義務にはなりえない点にこそ慈善の慈善たるゆえんがあった」⁸¹というように、強者による弱者への「思いやり」は、決して人権になりえないのである。

篠崎次男（1992）は、医療生協運動をリードしてきた先人たちに「素朴で原則的な医療への住民参加の追求」を見出したが、医療生協運動の実践は、共同性・集団性に基礎づけられる健康の自己主権・健康権を打ち立てていく人権運動としての側面が強くある。「素朴で原則的な」という表現の中に、「能力や富のみならず病や災害などのリスクすべてを社会共同的なもの」としての意味を斟酌できる。社会共同的なものこそが人権であるとして医療運動を展開したのが医療生協運動であった。こうして考えてみると、医療生協運動として「能力の共同性」について事業と運動への参画を通じて確認しあうことができる可能性が見出せる。医療生協運動は、社会共同的なものを育み培う人権運動としての位置なのである。

第2節 地域共生社会への対峙：医療生協運動における「協同」による対抗から

1) 自助・互助・共助・公助へのプロセスと「地域共生社会」という方向

昨今、社会保障をめぐって「自助、共助、公助」や「自助、互助、共助、公助」から解題し、地域共生社会に接続させる議論が広く提起されている。例えば、安倍内閣退陣後に組閣した菅義偉首相は、「自助、共助、公助、そして絆」の趣旨について、「令和二年九月十六日の記者会見において、菅内閣総理大臣から、「まずは自分でやってみる。そして家族、地域でお互いに助け合う。その上で政府がセーフティーネットでお守りをする。こうした国民から信頼される政府を目指していききたいと思います」と説明するとともに、「基本方針」（令和二年九月十六日閣議決定）及び同日の内閣総理大臣談話において、我々の目指す社会像は「自助・共助・公助、そして絆」であり、その認識の下、地方の活性化、人口減少、少子高齢化を始め山積する課題を克服していくことが、日本の活力につながるものと確信している旨述べているとおりである」と小西洋之参議院議員の質問主意書へ回答した（下線部は筆者）⁸²。菅首相のいう自助・共助・公助とは、つまり、自助が大前提の基盤となっ

⁸¹ 竹内章郎（2017）前掲書、282

⁸² 参議院議員小西洋之参議院議員への菅内閣が目指す社会像「自助・共助・公助、そして絆」に関する質問に対する答弁書（内閣参質 202 第 28 号 令和 2 年 10 月 2 日）。

<https://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/syuisyo/202/touh/t202028.htm>

た上で、共助である家族や地域の助け合い、そこでも対応できない場合は公助として公的扶助があるという、「自助＞共助＞公助」という図式である。この文脈における公助の位置は、前近代的な恤救規則を連想させるものである。

そもそも「自助、共助、公助」や「自助、互助、共助、互助」はどのようなものなのか。二木立（2012、2021）の先行研究に依拠しながら、それらの定義や国による捉え方を概観しておく。

二木立（2021）は、法令や行政において三助・四助がどのように使われているか検索し、①三助・四助とも法令や厚生労働省通知等での定義はない、②厚生労働白書における「共助」の説明は「社会保険」の意味と「互助」の意味の両方が混在・共存している、③「地域包括ケア委研究会報告書」の「共助」の意味の説明が変化しているとして、自身が以前にまとめた三助・四助の出自に関する論文からの検討から3点を見出す。

三助は、厚生省・高齢福祉ビジョン懇談会報告「21世の福祉ビジョン～少子・高齢社会にむけて」（1994）において、「自助・共助・公助の適切な組み合わせ」の表現が初出であり、「共助＝地域組織・非営利団体、企業、公助＝国、地方公共団体」を指し、さらに「家庭は自助と共助どちらか不明」であるという。さらに、厚生白書（1996）を引用し「自助共助の努力で対応できず国民全体でこれを支えることが必要となる場合には、今後とも社会保障制度によって対応していくこととなる」から、公助＝社会保障、つまり公的社会保険制度の公助としての位置づけが、2006年以降に定着した（二木立2012）という。

大きな変化は、官邸・社会保障のあり方に関する懇話会報告「今後の社会保障の在り方について」の中で、共助を社会保険とし、公助を「公的福祉や社会福祉」に限定する、きわめて特異な解釈の登場からであった。厚生労働白書（2006）において、「自助を基本にこれを補完するものとしての社会保険制度などの生活リスクを相互に分散する共助」としたのである。

さらに、社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月）では、「「共助」の仕組みは、国民の参加意識や権利意識を確保し、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みである社会保険方式を基本とするが、これは、いわば自助を共同化した仕組み」として「共助」を位置づけ、「「自助の共同化」としての社会保険制度が基本であり、国の責務としての最低限度の生活保障を行う公的扶助等の「公助」は自助・共助を補完するという位置づけとなる」と定義した。

公的医療保険制度などの社会保障は、共助として位置づけられるのか。里見賢治（1990）

は、「自助の前提条件としての社会保障」の視点こそ社会保障の基盤として位置づけられると主張する。さらに「共助＝社会保障」とする特異な新解釈について「社会保険を共助とし、社会保障を共助と公助の2つに分割して相対化し、社会保障への公的責任を大きく縮小しようとしていること」、「公助を救貧的・選別的制度に位置づけ」「生活保護がその制度的性格上、救貧的選別的性格を持たざるを得ないことはやむを得ないが、ここでは社会福祉をも救貧的・選別的としている点が特に問題となる」⁸³と批判する。二木立（2021）は、「共助＝社会保障」は、必ずしも厚労省内で合意されたものでないとして、「介護保険を所管している老健局は「共助＝社会保険」という説明を積極的に使うが、社会・援護局（や健康局）は伝統的に共助を互助とほぼ同じ意味で用いており、しかも租税による施策を所管しているので「共助＝社会保険」という用法に抵抗があるのだと推察」すると述べる。また、地域包括ケア研究会における共助の説明の変化から、「個々の制度・政策・活動を1対1で対応させることができないし、すべきではない」ものであり、単純に「共助＝社会保障」とはなり得ないという。

二木立は、探索的研究から三助・四助という表現を止めて「共助」と「公助」を社会保障として一括し、その費用負担方式には社会保険方式と公費（租税）負担方式の2つがあるが、両者に優劣はないと説明すべき」とまとめる。

確かに、社会保障の内実を捉えたものがあるが、「両者に優劣はない」と説明を入れなければならない社会状況こそが問題である。つまり、実際、広く人々の認識には「共助」と「公助」の間には大きな隔たりとともに、前者が優位であり後者は劣位に置かれるからである。

宮本太郎（2021）は、「公助という土台があるからこそ共助が可能になり、共助が支えるからこそ、自助が成り立つ」⁸⁴と指摘し、里見賢治の論に重なるが、「公助」という言葉を使うことに慎重になるべきとも指摘する。菅首相の「政府がセーフティーネットでお守りする」という「公助」は、里見賢治の指摘する「社会福祉を救貧的選別的とする点」を強調し、「おおやけの助け」という文字通りの意味として機能する。「公助」は、保険料が払えない人たちへの「救貧」を焦点化させる。「公助」という言葉を私たちは使うべきではないのである。

三助、四助にせよ、「自助が単独で成り立つ」という考え方自体がフィクションに過ぎず、

⁸³ 里見賢治（2014）「厚生労働省『自助・共助・公助』の特異な解釈と社会保障の再定義－社会保障理念の再構築に向けて」『賃金と社会保障』1610号、1-4

⁸⁴ 宮本太郎（2021）「自助・共助・公助の定義から始める」『季刊社会運動』No. 442、12

現実離れしている」⁸⁵ものであり、共助や公助も、社会保障の内実を検討する際に便宜的に活用する程度には使い勝手はいいものであって、それらの言葉が実際には現実社会で定まった形であるものではないことを改めて認識する必要がある。押さえるべきは、自助や共助という言葉やそれらに対応する実践の導入によって、本来あるべき社会保障、つまり里見賢治のいう「自助の前提条件としての社会保障」や、宮本太郎のいう「公助という土台」という公的責任の問題が回避されている現実である。

今日、生活問題は個人の自助や自立、自助の共同化による共助ほか、家族や地域社会の相互によって解決されるものとなってきたものの、生活問題は広がる一方である。しかし、そこに公的責任を持って対応する枠組みは後退する方向である。

ここで見出せるのは、公的責任を薄めて、個人のニーズへの対応として私的責任の焦点化によって本来の社会福祉ニーズを売買可能な生活ニーズと取り違える、いや混同して個人的ニーズにすり替えることである。個人的な要求、わがままとしても捉えかねないものともなってしまう。

横山壽一（2012）は、小泉政権が推し進めた「構造改革」の手直しとして「税と社会保障の一体改革」を位置づけ、「税と社会保障の一体改革」における社会保障切捨ての仕掛けと改革推進法を一体改革の総仕上げという。「自助・共助・公助」論を使って社会保障の理念を作り変え、社会保障のかなめである公的責任を、社会保障から解き放つ道を整えた」とし、「国民に「公助」へのこだわりを捨てさせる説明と読めば合点がいく」⁸⁶と指摘する。

公的責任は、憲法 25 条に基づく生存権・人権保障が社会保障・社会福祉の法や政策に位置づけられ、社会保障制度審議会がかつて「生活保障は国家にある。国家はこれに対する総合的企画を立てて、これを政府及び公共団体を通じて民主的能率的に実施しなければならない」（1950 年勧告）、「これ（所得倍增計画）に対応して、社会保障についてもまたそれを革新する意味においても長期計画を樹立することは政府の当然の責務といわねばならぬ」（1962 年勧告）と、社会保障・社会福祉における公的責任を勧告してきた。しかし、1995 年勧告では、公的責任のあり方を変容させ「みんなのためにみんなでつくり、みんなで支えていくものとして、21 世紀の社会連帯のあかしとしなければならない。21 世紀の社会保障の理念である」と提示し、公的責任のあり方が変質した。この間に、家族が福祉の含み資産であるとする「日本型福祉国家論」や、新自由主義的な政治や各種政策が実施される

⁸⁵ 宮本太郎（2021）前掲書、12

⁸⁶ 横山壽一（2012）「社会保障改革推進法は何を狙うのか」『経済』第 207 号、20

に至り、社会保障・社会福祉における「公的責任」が「みんなの責任」へ変質した。1995年は、日経連が「新時代の日本的経営」を発表し、格差と貧困の拡大を招く雇用環境が大きく変わる節目でもある。

今野晴貴（2020）は、「自助」では暮らせない人々が緊急貸付制度や生活保護に殺到している」といい、「大学生・専門学校生たちは近年の学費上昇と親元からの仕送り額の減少を、アルバイト就労の「自助」によって補ってきた。コロナ禍でアルバイトも休業や解雇が相次ぎ「自助」による対応は限界を超えた」として、「共助は、聞こえは良いが、持たない者同士の支えあいであり、結局は「共助」の基盤そのものを破壊してしまう」⁸⁷と指摘する。

こうした覆い隠せない現実を、「共生」「つながり」という美辞麗句によって、社会保障の整備もなく、地域社会で受け止めさせようとするのが地域共生社会である。

地域共生社会とは、「地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがいが、地域を共に創っていく社会」⁸⁸である。

岡崎祐司（2017）は、地域包括ケアシステムにおける公的責任の欠落と、地域における責任体系が「地域共生社会」に求められることを指摘する。地域包括ケアシステムでは、「自助・共助」を補完する地域共生社会で地域住民の助け合いの「互助」が動員される。公的責任が後退・回避した形で地域包括ケアシステムが進められることがわかる。

横山壽一（2021）は、地域共生社会を「働けない者を、社会保障を使わないで支える仕組み」と言い切る。さらに、岡崎祐司（2020）は、「国家管理のリスク対応システム」として「社会保障解体の総仕上げの改革」であるとも指摘する。

しかし、なぜこうも「我が事・丸ごと」「一億総活躍」「地域共生」などの言葉が、新自由主義によって格差と貧困が広がる悲惨な地域社会の現状を直視せずに使われるのか。そうした言葉で覆い隠すことで、格差と貧困とは異なる別次元の地域社会像を見出すことができるからに他ならない。別次元の地域社会像を見出す方策が、社会福祉のもつ「思いやり」を最大限に活かしたスローガンであり、道徳的实践である。「我が事」は、「困っている人がいる、それを他人ごとにしてはいけない」という道徳的良心を引き出す効果がある。

⁸⁷ 今野晴貴（2020年12月20日）共同通信・大阪日日新聞

⁸⁸ 厚生労働省・地域共生社会のポータルサイトより <https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/>
2021年5月9日閲覧

美辞麗句の羅列は、現実を覆い隠し、公的責任という論点をずらし道徳的良心を地域社会に訴える。「論点をずらし道徳的良心を人心に訴える」という手法は、戦前の隣保相扶の思想、日本の社会連帯思想に通じる、国家からの道徳的な要請としての思想が再生していると考えざるを得ない。阿部敦（2018）は、地域共生社会について日本的福祉社会論との接続を見出している。

こうした先行研究に依拠しながら、ここでは、地域共生社会について、①日本の社会連帯の教訓、②地域福祉成立要件を確認した上で、地域共生社会をつらぬくものとして「道徳」を指定する。道徳は、学校教育のベースだが、そうした道徳及び道徳科などの中学校高等学校における学習指導要領解説を検討していく。結論を先に言えば、地域共生社会を形づくるものは、国が定める道徳や公共であり、道徳教育やそれらの教科教育も実際には戦前の修身との連関が見出せる。そして「思いやり地域共生社会」が内実であり「人権としての社会福祉」が地域共生社会には欠如しているという視座である。

2) 地域共生社会への視座：地域福祉の再検討と日本の社会連帯を振り返ることから

①地域福祉の成立要件について

地域共生社会を検討するにあたって、地域福祉を概観しておくことにする。

岡村重夫（1974）は、コミュニティーケア、コミュニティーケアのための地域組織化活動・地域福祉組織化活動、予防的社会福祉の3点に整理した地域福祉を提示した。それは地域を基盤とする公私協働の多元的な協働主体から成る地域性が住民個々の社会生活上の要求に対応してコミュニティーケアや予防福祉などの福祉性を発揮するという理論を組み立て、行政主体の社会福祉理論に対して地域あるいは住民という主体を位置づけて、公私協働、福祉ミックスの考え方を明示した。永田幹夫（1981）は、在宅福祉サービス、環境改善サービス、敏樹活動の3要素からなるものとして地域福祉を提示している。また、大橋謙策（2001）は「地域福祉とは、自立生活が困難な個人や家族が、基礎自治体や生活圏を同じくする地域において自立生活できるようネットワークをつくり、必要なサービスを総合的に提供することであり、そのために必要な物理的、精神的環境醸成を図るとともに、社会資源の活用、社会福祉制度の確立、福祉教育の展開を統合的に行う活動」⁸⁹と定義し、さらに福祉サービス利用者の地域自立生活支援を中心軸に据え、コミュニティーソーシャルワークの理論

⁸⁹ 大橋謙策（2001）『地域福祉論』全国社会福祉協議会、19

を組み入れている。岡本栄一（2002）は、地域福祉の理論について「4つの志向軸」として類型を整理し、①福祉コミュニティ・地域主体志向、②在宅福祉志向、③政策制度志向、④住民の主体形成参加志向とまとめている。

地域福祉という言葉が使われたのは、1960年代以降であり、岡村重夫（1963）による「地域性の原則」と「福祉性の原則」の2つの原則を統合する形を初出とするが、地域福祉が法律に明記されるに至ったのは、社会福祉法（2000）においてである。

社会福祉法改正によって地域福祉が法的に位置づけられたが、その基盤は1990年の社会福祉八法改正において施設福祉と在宅福祉の一元化をめざす過程において基盤づくりは整えられてきた。地域福祉は、社会福祉法1条に、「地域における社会福祉（以下「地域福祉」という）の推進」と定義され、法4条には「地域福祉の推進に努めなければならない」ことが明記され、地域福祉を推進する主体は、地域住民、社会福祉を目的とする事業を経営するもの、社会福祉に関する活動を行うものと位置づけたのである⁹⁰。

地域共生社会の実現を進めるにあたり、社会福祉法が改正され、なぜか法106条の3に懇切な説明が多く散見され、法4条の2への説明はほとんどない⁹¹。法4条の2は、「地域福祉の推進」であり、「地域住民等は…その解決を図るよう特に留意するものとする」とあり、「ように特に留意するものとする」は後付けと見れば、「地域住民等は…その解決を図る」となり、地域福祉の解決は、地域住民が行うことがはっきりする。

藤松素子（2012、2019）は、地域福祉の成立要件を検討としている。「社会福祉法」下における地域福祉概念は、「地域における社会福祉」という規定がなされ、行政が解決しえない課題について「新しい公共」の場において「新たな支えあい」によって解決することが期待される⁹²という。単純に「地域における社会福祉」を地域福祉と位置づけ、その地域福祉に地域生活課題という居住、就労、教育、保健医療、孤立問題などを、地域住民自身が解決することを求めていることを見出す。地域福祉の要件をについて「地域住民は身近な「制度の狭間」問題を発見し、行政や社協につなげる上で大きな役割は果たし得るが、

⁹⁰ 社会福祉法では、「福祉サービス」が主語だが、改正前の社会福祉事業法では、「国、地方公共団体、社会福祉法人その他の社会福祉事業を営む者」が主語であった。ここには公的責任の再定義が見いだせる（浅井春夫2001）。

⁹¹ 値域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会（2017）「地域力強化検討会最終とりまとめ～地域共生社会の実現に向けた新しいステージへ～」（2017年9月12日）

⁹² 藤松素子（2012）「地域福祉をめぐる論点と課題ー地域福祉の成立要件とは何かー」佛教大学社会福祉学部論集第8号、40

公的なサービスでは解決できない問題を地域住民が肩代わりするなどありえない」⁹³とし、「「制度の狭間」問題を第一義的に担うのは地域住民ではなく、社会的孤立状態にある人々の地域生活を回復するためには、地域福祉の専門職による適切な介入と地域組織化活動の推進が不可欠である」⁹⁴と指摘した上で、「人々が地域で共生することを国や自治体から強制されるのではなく、個々人が公的な社会保障・社会サービスを適切に活用しながら生活基盤を整えた上で、自分たちに可能な地域活動をいかに模索していくかが問われている」⁹⁵と整理する。

住民主体という意味は、住民が何でも解決できる意味ではない。岡村重夫が示したように、地域性の原則と福祉性の原則はそもそも異なるものである。藤松素子が指摘するように、公的サービスの活用という土台がなければ地域住民の助け合いは推進できない。

②日本の社会連帯をどう捉えるか

そもそも「社会連帯」という言葉が脚光を浴びたのは、「社会保障体制の再構築－安心して暮らせる 21 世紀の社会をめざして」という「社会保障制度審議会勧告」（1995）においてである。それ以前の戦後の政府関連文書に「社会連帯」という文言はあまりみられない。ここでは、日本の社会連帯に関する先行研究から、その性質を見ておきたい。

篠原拓也（2018）は、社会福祉における人権の位置づけをレビューし、一番ヶ瀬福祉文化理論を再整理し、現局面における人権論の位置を確認している。社会福祉学における人権の位置関係とともに見出せる論点は、「社会情勢と主体形成への自覚」、「市民及び連帯とは何か」という問題である。ここでは後者を検討するが、社会福祉は「市民の連帯意識と運動によって進められた」⁹⁶という。だが、「市民の連帯意識」と「運動」とは並列関係ではなく、別個と捉えるべきである。そもそも、市民が何をさし、さらに連帯意識そのものが何を意味しているのか曖昧である。では、「市民の連帯意識」というときに、「連帯」とは、いかなるものを指すか。そもそも「社会連帯」を意識して運動が進められてきたのか。仮に意識してきたのであれば、どんな意味においてのものか。

社会連帯の内実は、どんなものなのか。地域共生社会と社会連帯も親和性が高いことは容易に想像できるが、ここでは今一度振り返っておく必要がある。

⁹³ 藤松素子（2019）前掲書、110

⁹⁴ 藤松素子（2019）前掲書、110

⁹⁵ 藤松素子（2019）前掲書、111

⁹⁶ 篠原拓也（2018）「社会福祉学における人権論の構想」、5

日本型福祉社会論が出された 1970 年代において、例えば、「日本の美風として諸外国からも賞揚されているが家族の共同体意識は、戦後の厳しい社会的試練をうけながらも、いまだ消滅していない」⁹⁷などのように、「家族の共同体意識」が自明ごとく言われていた。馬場啓之助（1980）は、「我が国の近代化は産業化であり西欧化であるにもかかわらず、非西洋的要素を残留させており、その要素が中間集団主義である」という。つまり、「日本の社会構成において、集団内部に向かつては強く帰属意識をもて集団主義的にふるまい、集団の外部に対しては、いわば集団主義と個人主義の混合したような態度をとるという主張」が、中間集団主義の要素である「日本的」という。この要素は、日本型福祉社会論においても「家族の共同体意識」などとしても引き出される⁹⁸。地域住民やそれを超えて広く国民の助け合いとしての「社会連帯」がある。日本における社会連帯を概観しておこう。

砂脇恵（2000）は、個人の権利が全体の権利に従属した位置におかれてしまう思想的背景を分析し、1970 年代中葉の日本型福祉社会論が出された当時の「わが国のいわば「福祉における含み資産」」について、本来は私的領域である「家庭基盤づくり」が公的領域として「家庭は社会の基本的単位」として位置づけられ、家庭基盤づくりの対一要諦は、社会保障、社会福祉の充実である」とする点について、「「公」権力が「私」の日常道德の領域に踏み込むことを通じて「正しく方向づける」べき対象（客体）として措かれるという。それゆえ、「私」の連帯原理はもはや「私」を主体としたそれではなく、「経済や社会制度上の不備を十分に吸収」すべき国家意思に貫かれた連帯原理と化す」といい、「家庭の連帯原理（日常生活共同態）は国家秩序維持という目的に連結される」と指摘する。つまり、私的領域であるはずの家族が、社会制度として社会保障・社会福祉を担う一翼として公的領域に位置づいたのである。「国家権力が家庭の日常生活のあり方に介入することによって、まさに公的福祉としての「国家権力の家庭介入」の回避は合理化できたからである」とも言える。しかしながら、家族を福祉の含み資産とすることが家族機能の低下やライフスタイルの変化によって「個人の生活問題への対応を伝統的家族の連帯原理に求めることに限界が生じた」ので、家族の連帯原理に代わる原理が必要になった。それが「社会連帯」であったという。そうした社会連帯の根拠に、全国民の「運命共同性」を見出す。つまり、新しい理念として「自助・自立すべき個人」を位置づけ、万人に訪れる困難として老後の身体的経済的不安を「運命的な困難」とけしかけ、それらへの対応としての社会連帯を「社

⁹⁷ 自由民主党 1979 年度運動方針

⁹⁸ 馬場啓之助（1980）「福祉社会以降の日本の条件」『季刊社会保障研究』Vol. 13, No. 3, 2-11

会保障の安定に貢献する支え手として国民が痛みを分かち合うこと」としたのである。ここには、「私」としての「自助・自立すべき個人」へ、さらに「運命共同体」の一員としての「みんな」としての性格を与られる格好となる。そして「この根底には「私」としての個人の集合体を「みんな」＝「公」と認識する日本的な理解があり、「私」としての個人が「公」としての「みんな」に対立することなく、むしろ親和的に融合する」のである。

このように「私的な心情に基づいた家族内の連帯原理が「公」的な連帯原理に連結されるという「公」「私」関係の日本的な理解を前提としない限り提出されようもない」⁹⁹として日本の社会連帯のあり方を説明している。

人々の生活を支える社会連帯のあり方は、日本では歴史的に歪な形として位置づけられたことが先行研究から見出せる。郡司淳（2004）は、戦前の軍事援護の研究から、「隣保相扶」をもとにして国家が果たすべき責任を回避して地域社会の相互扶助にも依存したものであるとの定説を検証し、「隣保相扶」とは、自律的な共同体の相互扶助を克服・再編しようとする近代国家による「伝統」の読み替えにはかならなかった」と結論づける。「日本の近代国家は、戦争にさいし、「隣保相扶」を媒介として地域統合を成し遂げ、国民を掌握しようとしたのである」という。「最大の問題点は、「隣保相扶」を共同体あるいは地域社会の相互扶助と見誤ってきたがために、この語自体に地域統合の理念が内包されていなかったことに気づけなかったことであり、それは、実体概念というより、国民を戦争に動員するためのイデオロギーであった」といい、さらに「近代国家の相互扶助として営まれようとした「隣保相扶」の歴史的固有性の究明なくして、明日の社会福祉は築きえない」とまで断言する¹⁰⁰。歴史的教訓からは、「意味づけを変えた「相互扶助」で地域統合を成し遂げて国民を掌握しうる、のである。相互扶助という共同体の中での一途で素朴な助け合いが、戦争動員のために国家によって歪められて再定義されたという事実を看過するわけにはいかない。しかし実際に社会福祉論においてこうした知見が共有されることはほとんどない。

池本美和子（2003）は、日本の社会連帯について「道徳的規範としての社会連帯」と「法的規範としての社会連帯」の2つに整理して、前者が「国や支配層から国民に対して要請される道徳」、後者を「支配や権力に抗する性格をもっている」と提示する。池本美和子のいう道徳的規範としての社会連帯は、郡司淳がいう国民動員のイデオロギーと重なるので

⁹⁹ 砂脇恵（2000）「社会福祉における社会連帯の意味」佛教福祉学第2号、92

¹⁰⁰ 郡司淳（2004）『軍事援護の世界 軍隊と地域社会』同成社、1-6

ある。

こうして、相互扶助の助け合い、日本の社会連帯に特徴となる道徳的規範としての社会連帯を踏まえ、今日の国が主導して進める地域共生社会をどう解釈すべきなのか。断言できることは、社会連帯について、過去の歴史的経過とその反省を踏まえた上での検討なしに、「社会連帯」というべきではないことである。それは、社会連帯を言い換えて政策化した地域共生社会にも連なるものである。

芝田英昭（2018）は、「地域住民の自助と共助で解決する地域共生社会は社会保障の公的責任性を捨象するという誤謬を犯しかねない方向性を持つ」¹⁰¹と指摘する。岡崎祐司（2017）は、「制度の狭間」問題を、「制度の狭間」は制度問題であり、国や自治体の責任で早急に解決すべきであり、住民に解決をゆだねる話ではないとし、「我が事丸ごと」は生活問題の地域性と社会的背景に目を向けさせ、国や自治体の責任を後退させる。そもそも「我が事丸ごと」は地域共生社会とはいえないという。

そもそもなぜ「我が事丸ごと地域共生社会」をいわねばならないのか。「我が事丸ごと」は、裏を返せば「分断社会の現状」、格差や貧困の拡大による社会階層化した「分断された格差社会」への認識がもとにあるはずである。社会保障・社会福祉が私的問題化し、「自助」や「自助の共同化としての共助」に接合するも、これまでの企業福祉・家族福祉に支えられた日本の福祉制度は旧来のままでは、格差と貧困の拡大に対応できない。そこを、国は「地域共生社会の理念で乗り越えよ」と指示するのである。日本の社会連帯の歴史の振り返りをするとなしに、社会連帯を安易に位置づけるべきではないし、地域共生社会の理念や定義にもその文脈や行間にある意味をしっかりと見出しておかねばならない。

3) 地域共生社会の理念：道徳的包摂と国家主義βからの検討

景井充（2009）は、「新自由主義と結託して作動する日本的習俗の力—新自由主義への包摂を推進する勢力と他力本願的な被包摂を願う暗黙の社会的メンタリティの双方—を問題視しないわけにはいかない」¹⁰²として、日本的な「公」と「私」の重層関係を念頭に置き、日本文化・社会の構造的特質と編成原理として「道徳的包摂」という視座を提起する。さらに「欽定憲法下における軍事的・全体主義的な「道徳的包摂」による圧倒的な「公」の屹

¹⁰¹ 芝田英昭（2018）「「地域共生社会」の批判的検討」『国民医療』No. 338、5

¹⁰² 景井充（2009）「現代日本における閉塞の構造—道徳的包摂の視点から—」『唯物論研究ジャーナル』Vol. 2、9

立と「私」の抑圧、それに対して、民主憲法下における資本主義的な“道徳的包摂”による「公」と「私」の癒着・解体、という構図である」¹⁰³として、道徳的包摂の戦前戦後の連続性を見出す。「道徳的包摂とは、究極的には世界観として日本社会と文化とを構造化してきた原型的な編成原理であり、その主観的・客観的現象形態が「世間」である。道徳的包摂こそ、一般に世間という言葉で言われている我々の生活世界を貫く構造原理であり、日本的集団内および集団間の編成原理である」¹⁰⁴という。

道徳的包摂とは、一言でいえば「世間」である。「日本の歴史において、さまざまな集団は、序列的・階層的なく包摂－被包摂＞関係を構成することで、重層的な公私の枠組みを形作ってきた」が、「こうした公私の序列を侵犯することは制度的に観念的にも無論許されなかった」し、そうした「集団の力関係で構成される公と私の重層構造の中で、おそらく徹底的に「公」性を剥奪された、公私の重層関係の中で最底辺の「私」の領域に置かれていた」のである。つまり、「日本社会において「集団」を＜聖なるもの＞とし、最終的には「個人」を＜賤なるもの＞とする構造力学」¹⁰⁵として機能するのが道徳的包摂の特質とも言える。さらに「端的に言えば、道徳的包摂は、その中に生きる者には専一の帰服を求め、またその外部に出ることを、その枠組みを破壊することを、そしてその外部で自ら創造活動を行うことを禁じ、その力を奪う」という。

ここでは戦後の民主憲法下における道徳的包摂の原理を整理しておく。それは、「アメリカ型近代大衆社会にモデルを切り替えて「富国」にひたすら邁進する」のだが、「経済循環の中に消費ががっちりと組み込まれるという資本主義経済のシステム変化が起こったことにより、戦後日本社会において「公」の地位を得た本格的な資本主義経済社会が、「豊かさへの欲望」を必要とし、「豊かさへの欲望」は「経済成長」という新たな国是を実現するための規範となった」のである。戦後の「公と私の癒着・解体」とは、「豊かさへの欲望」という本来は「私」の欲望であったものが最終的に国家的欲望として編成されることで「公」の地位を得たのである。「戦後日本社会は、アメリカ型の豊かな大衆社会をモデルにして、それ自体規範化した＜豊かさ＞に包摂された」とし「私」による「公」の篡奪による包摂が、＜豊かさ＞を一元的な機軸とする新たな一元的序列社会（日本の大衆社会）を生み出した」¹⁰⁶という。だから「戦後日本社会がその豊かさを＜包摂－被包摂＞という個人およ

¹⁰³ 景井充（2009）前掲書、7

¹⁰⁴ 景井充（2009）前掲書、6

¹⁰⁵ 景井充（2009）前掲書、6

¹⁰⁶ 景井充（2009）前掲書、8

び手段の編成原理を縦横に駆使しつつ社会全体の編成を行い（公共事業のあり方を見よ）、最終的にはたとえば「近代社会」への非包摂をめざし続ける以上、モデルに近づこうとすればするほど、道徳的包摂の力も一層強く作用してしまい、社会的な閉塞状況を生み出し強化してしまう」¹⁰⁷と説明する。

道徳的包摂の原理は、世間による＜包摂－被包摂＞であれば、「世間の＜豊かさ＞に包摂されよ」の指示を直視しなければならない。

現局面において、世間とは、公の地位を得た資本主義社会システム、つまり新自由主義体制であり、「新自由主義体制による＜豊かさ＞に包摂されよ」となる。さらに、＜包摂－被包摂＞の関係は、冒頭にあげた景井充のいう「「新自由主義への包摂を推進する勢力」と「他力本願的な被包摂を願う暗黙の社会的メンタリティ」」なのである。「日本社会における習俗レベルでの「正義」とは、究極的にこの＜包摂－被包摂＞の原理と不可分」¹⁰⁸であるから、こうした新自由主義体制に包摂されることは、日本的習俗において「正義」として受け取られるのである。

新自由主義体制は、激しい格差や貧困を必然的に引き起こす。しかし、世間的に新自由主義体制が「正義」であるとなれば、そこから落第することは、不正義であって「自分が悪い」の自己責任論につながる。さらに、新自由主義体制を補完するための日本的習俗の力の実践形が「地域共生社会」としての位置づけも見出せる。日本的習俗の力である「世間」は、新自由主義のもとで地域共生社会という実践によって補完される。つまり、新自由主義を信奉しつつ、地域共生社会が「思いやり」「支えあい」「助け合い」を「できる範囲で」行うのである。景井充はいう。「「怒り」の標的は、近代的社会とさまざまに結託して変容し我々を包摂し蹂躪する＜包摂－被包摂＞の原理である」し、「我々自身を包み込んでいる「日本的近代社会」を批判することでなければならない」¹⁰⁹のである。

景井充は、「道徳的包摂」という視座で新自由主義体制を「世間」として見出すが、政権による国家改造プロジェクトとしての新自由主義的国家プロジェクトを整理するのが、教育学者の中嶋哲彦（2020）である。

中嶋哲彦は、政権による国家改造プロジェクトの3要素として、新自由主義、国家主義 α 、国家主義 β をあげる。国家主義を国家主義 α と国家主義 β に区別して整理し、国家主

¹⁰⁷ 景井充（2009）前掲書、8-9

¹⁰⁸ 景井充（2009）前掲書、9

¹⁰⁹ 景井充（2009）前掲書、9

義 β による国家改造の進行を警告する。「国家主義 α は、戦前・戦中に創出された国家主義・軍国主義・家父長制などのイデオロギー的起源とし、本来なら敗戦を契機にきっぱりと清算されるものであったが、戦後処理の不徹底により今も命脈を保って」おり、「保守勢力の一部は国家主義 α 以外に国民統合の論理を見出せず、教育基本法への家庭教育条項の追加や親学の推進、日の丸・君が代の押し付け、「嫌韓・嫌中」キャンペーンを通じて、国家主義 α をイデオロギーとして再生産することに躍起になっている」という。国家主義 β とは、「国家主義 α とは別に、「新たな公共」を核とする新しい国家主義が創出されつつあり」、「市民社会内部に生まれる市民的活力を国家が疑似的に作り出す「公共」に組織化することで国民統合を図り、その組織された活力を国家の政策実現手段として取り込み活用しようとする」ものという。さらに、国家主義 β は、すでに法律や施策には組み込まれている。「政府がしばしば強調する「自助・共助」はこの文脈で理解すべきものだし、自殺対策基本法や子どもの貧困対策の推進に関する法律の、国・地方自治体の施策に対する国民の協力義務もこれに連なるもの」と指摘する¹¹⁰。

中嶋哲彦は、学校教育における国家主義 β の内包する国民の協力義務を教えるのが高校の新科目である「公共」であり、「新科目「公共」は、「公共的空間」が本来内包する矛盾や価値の多様性を捨象して、個人を無媒介に「公共」に包摂し、個人の「在り方生き方」を「公共的空間」への貢献と方向づけようとする」¹¹¹という。これは、高校「公共」に限りものではなく、小中学校の道德教育や道德科においても同様に傾向を見出せる。このように、国家主義 β は、さまざまな領域に入り込んでいるのである。

国家主義 β は、これまで述べてきた人権や社会保障の「つくりかえ」と同根である。社会福祉法や健康増進法においても、国民の義務や協力が明記されている。国家主義 β は、今日の地域共生社会の理念にも当然入り込んでいる。

これらの論をもとにして、地域共生社会の定義を解釈してみよう。「我が事丸ごと地域共生社会」における「我が事丸ごと」とは、中嶋哲彦のいう「個人の在り方生き方」を「公共的空間」への貢献に方向づける」である。つまり、＜私＞である「我」、つまり個人を捨てて、＜公＞としての「我が事」である「私たち（みんな）」への転換を意図するものである。

国家主義 β という「世間」による包摂実践である地域共生社会は、今日における「経済

¹¹⁰ 中嶋哲彦（2020）『国家と教育 愛と怒りの人格形成』青土社、156-157

¹¹¹ 中嶋哲彦（2020）前掲書、157-158

「人権」という新自由主義社会を覆い隠す道徳的包摂として機能させることを意図し、強者・弱者のそれぞれに道徳的実践を強要するものである。つまり、強者には「思いやり」を、弱者には「自己責任」をとという図式を見出せる。

ここでは、地域共生社会を道徳的包摂として機能させるものとして措定する。そこから中嶋哲彦の指摘する国家主義βの侵食度合いを学校教育における道徳教育や道徳科、さらに公民科における公共から検討する。学校教育はすべての子どもたちが教育を受け、そこを巣立って地域共生社会の担い手となる上で重要な位置にある。学校教育全体が道徳の実践ともいわれるが、学校教育における道徳教育等を概観し、地域共生社会との接合について検討していく。

4) 地域共生社会をつらぬく「道徳」「公共」～学校教育が進める道徳観の実践形として

A) 学校教育が進める道徳観の実践形として

地域共生社会をつらぬくものは何か。一言でいえば、国や自治体の責任所在を後景にして、住民どうし助け合いを前景として見出すことである。それは、「思いやりの道徳実践」である。学校教育が推し進める道徳観をもって住民どうしの自己完結しうる仕組みである。ここでは、これらを分析にするにあたって、中学校道徳科および高等学校公民科（公共）における学習指導要領解説をもとに検討していく。学習指導要領は法的拘束力を持つという視点も重要になる。

さて、「地域共生社会とは、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を共に創っていく社会」である。さしあたり道徳を意識して解釈すれば、「＜個＞ではなく、公である＜私たち＞としての意識を持つこと、助け合い協力し合って問題解決あたること、公である私たちが地域をつくっていく責任と義務がある」というところだろうか。

さらに、「支えて側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支えあいながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの公的サービスと協働し、NPO との連携や民間資金の活用を図る」¹¹²ことが求められるが、ここでは

¹¹² 例えば、WAM NET では地域共生社会に関連する情報サイト

<https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/tiikikyouseisyakai/> さらに、厚労省も「地域共生社会のポータルサイト」<https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/> を設置して、地域共生社会の浸透を図っている。2021年5月20日閲覧

「公である私たち」が役割分担し、助け合い支えあい地域づくりの責任と義務を果たしながら、最終的には公助という救済制度があるが、そこに至るまでに公的支援を得るのではなく、自分たちで地域づくりの資金調達をなさい、なぜならそもそも「公としての私たち」なのだから」と解釈もできよう。

地域共生社会における責任と義務は、地域住民にある、ということである。こうした地域住民を「教化」するための方策として学校教育における道德教育や道德科、高校公共などが位置づけられるのは、中嶋哲彦が指摘するところである。

B) 道德の「教科化」という問題

2018年度から小学校、2019年度からは中学校において道德が「特別の教科 道德」として、それまでの教科外活動から教科として位置づけが変わった。道德の必要性については、子どもたちのいじめが道德観の欠如によって起こるものとの解釈がある。例えば、高橋史朗（2020）は、「深刻ないじめ問題が契機となって、道德が「特別の教科」となり、従来の指導が「読み物教材の登場人物の心情理解」に偏ったり、分かりきったことを言わせたり書かせたりする指導に終止しがちであった点を反省し、自分自身の問題として「あなたならどうするか」を問う問題解決的な学習や、「多面的多角的」に「考え、議論する道德への転換」を目指してきた」といい、「いじめに正面から向き合う『考え、議論する道德』への転換に向けてと題する文部科学大臣メッセージが発表され、文科省は「考え、議論する道德」の授業づくりのための実践事例集や教材を公開して各学校の取組を後押ししてきた」と指摘する。

高橋史朗は、道德教育研究指定校でのいじめ自殺事件を「道德教育の根本的に見直す必要」として受け止め、「脳科学等の最新の科学的知見に基づいて、道德科の目標である道德性の3つの資質・能力である「道德的判断」と「道德的心情」と「道德的实践意欲と態度」との関係を根本から問い直す必要」性とともに、「二つの共感と実践意欲・態度がどのようなつながっているかを明らかにし、「自感情的共感」と「認知的共感」を発達段階に応じてバランスよく育成していくことが道德教育の課題である」¹¹³と指摘する。

しかし、いじめ問題は「物理的精神的傷害」を与えるものであって、人権侵害として位置づけられるものである。いじめ問題は「道德の欠如」が起因するものなのか。「あなたな

¹¹³ 高橋史朗（2020）「道德科の目標「道德性」の3本柱の関係を見直せ」モラロジー研究所
<https://www.moralogy.jp/salon200518-1/> 2021年5月20日閲覧

らどうするか」という問いだけではなく、そこに至る社会背景や社会構造の見方を学ぶことがこそが学校教育には求められるはずである。決して個人だけの問題ではない。

社会的な背景を持つ人権問題であるいじめ事件への視座に、高橋史朗は、なぜわざわざ脳科学などの科学的知見を持ち出しながら道徳教育にこだわるのか。

歴史を振り返れば、道徳が戦前は「修身」として位置づけられ、教育勅語そのものが道徳実践であった。戦後、修身や国史が廃止されて、民主的な国民を育てるための社会科の登場となるのだが、1950年代以降に「道徳の時間」が設置、以後、義務教育課程において道徳は教科外活動として、しかし全教育活動にわたって意識的に行われるものとして学習指導要領で位置づけられてきた。

道徳の教科化により、当然、それまでの教科外とは異なり、道徳という児童生徒の内心を、あるべき価値観に基づいて評価することにもなる。問題は、内心の自由への侵害とともに、「あるべき価値観」が国家によって一方的に示され、それらをもとに評価がなされる点である。高橋史朗は、「あるべき価値観」の正統性に、脳科学などの科学的知見をもってこじつけるものでしかない。「今回の非常事態宣言下で、「自粛」という我が国の民度の高さが実証された国民道徳の伝統文化の価値を「感じ、見つめ、深め、自覚させる道徳教育」も必要であろう」¹¹⁴という高橋史朗の教育観は、戦前の修身の再現というべきものである。

中嶋哲彦（2020）は、道徳教育を端的に「一面的価値を押し付ける」と指摘する。まず、中学校の「特別な教科 道徳」の教科構成を見ておく。「道徳科」の目標は学習指導要領では「よりよく生きるための基盤となる道徳性を養うため、道徳的諸価値について理解を基にし、自己を見つめ、物事を多面的・多角的に考え、自己の生き方についての考えを深める学習を通じて、道徳的な判断力、心情、実践意欲と態度を育てる」¹¹⁵とある。

学習指導要領では、道徳について道徳教育と教科としての道徳を分けて位置づける。道徳教育が学校教育において全学習活動を通じて行われるもので、小学校・中学校における教科としての道徳科は、4つの視点から内容項目として22項目にまとめられている¹¹⁶。高橋史朗が示したように、道徳性の3つの資質・能力である「道徳的判断」と「道徳的心情」

¹¹⁴ 高橋史朗（2020）前掲サイトより

¹¹⁵ 文部科学省（2018）『中学校学習指導要領（平成29年告示）解説 特別な教科 道徳編』教育出版、13

¹¹⁶ 内容項目として、A. 主として自分自身に関すること、B. 主として人との関わりに関すること、C. 主として集団や社会との関わりに関すること、D. 主として生命や自然、崇高なものとの関わりに関すること、の4つの視点がある。

と「道徳的実践意欲と態度」をいかに育むかを道徳科の目標としている。

ここでは、学習指導要領解説から、特に地域共生社会とのかかわりを見出せる項目として4つをあげて検討してみよう。

①「1. 自主、自律、自由と責任：自律の精神を重んじ、自主的に考え、判断し、誠実に実行してその結果に責任を持つこと」があげられ、「その結果に責任をもつ」とは、ある行為により生じた自分が負うべき義務を良心的に忠実に果たすことである。責任とは、ある人の行為がある事態に対して原因となっているとされる場合、生じた結果に対して応答し、対処することである。自ら考え、判断し、自己の行為の結果に責任をもつことが道徳の基本である。責任を他人に転嫁したりするのではなく、自らの規範意識を高め、自らを律することができなければならない¹¹⁷と提示する。

一見、とてもまともなことを解説していると思うものの、この項目そのものが「自己責任」を叩き込むものである。池田賢市（2019）は、「現行の道徳教育では、「狭い関係性」にばかり注意が集まってしまい、その関係の中に、社会的に仕組まれたより広い構造的課題が凝集しているのではないかと考えることができない」という問題点を指摘する。自身の心のあり方を基軸とすれば、社会構造を見出すのは難しい。例えば、「なぜ、一生懸命に働いているのに、低賃金なのか」というような社会的要因が背景にあるものについても、「本当に頑張ったのか」「結果に責任をもつべきだ」「人のせいにするのは良くない」という答えしか導けない。

②「6. 思いやり、感謝：思いやりをもって人と接するとともに、家族などの支えや多くの人々の善意により日々の生活や現在の自分があることに感謝し、進んでそれに応え、人間愛の精神を深めること」があげられる。解説では、「「思いやりの心」は自分が他者に能動的に接するときに必要な心のあり方である。人間は、互いに助け合い、協力し合って生きている。その関係を根底で支えているのは、互いの感謝の心である。」「人間愛の精神」は、互いの存在を、強さも弱さも持ち合わせた生身の人間として、肯定的に受けとめようとする思いが普遍化されたものである。それは、人間尊重の精神、生命に対する畏敬の念

¹¹⁷ 文部科学省（2018）前掲書、26-27

に基づく人間理解を基盤として、他者に対する思いやりと感謝の心を通して具現化される」

118。

「思いやり」を否定できる人間はいないだろう。相手を尊重して接すること、これは人間社会で必須なことである。「家族などの支えや多くの人々の善意により日々の生活や現在の自分がある」というが、経済的社会的状況によって現在の自分の位置を受けられないような境遇の子どもたちも少なくない。子どもが貧困な状況の中で必死に生きている。「なぜこんな生活しなければいけないのか」と思わずにいられない子どもたちの存在をも「生きているのだからありがたいと思いなさい」とでもいうのか。人間愛の精神や人間尊重の精神は、物質的な生活環境を持ってその上での相互の共感や理解なしにあり得ない。「思いやり」だけでは、困窮し生活が苦しい状況の改善や、そもそもの「思いやりの心」が育たない。心の問題だけでは、現在の自分があることを振り返ることは難しいのである。

③「10. 遵法精神、公德心：法やきまりの意義を理解し、それらを進んで守るとともに、そのよりよい在り方について考え、自他の権利を大切にし、義務を果たして、規律ある安定した社会の実現に努めること」を提示し、「遵法精神は、公德心によって支えられている。公德心とは、社会生活の中で守るべき正しい道としての公德を大切にする心である。自らに課せられた義務を果たすことが、結果として規律ある安定した社会の実現に貢献することになる。義務とは、ここでは人に課せられる法的拘束であり、自分の好き嫌いにに関わりなくなすべきことである」¹¹⁹と解説する。

ここでは、遵法精神という法律を守ること、さらに権利と義務が「対」であることを示す。特に公德心の説明では、「社会生活の中で守るべき道」としての心のあり方を出す。さらに義務について「法的拘束」という言葉を持ち出し、義務を果たすから権利が導くという説明になっている。つまり「クリーンハンズの原則」¹²⁰という、市場経済における権利

¹¹⁸ 文部科学省（2018）前掲書、36-37

¹¹⁹ 文部科学省（2018）前掲書、44-45

¹²⁰ 「権利を主張する者は、自らの手もきれいでなければならない」これを「クリーン・ハンズ（clean hands）の原則」という。「人権も権利の一種ですが、しかし人権には「クリーン・ハンズの原則」は当てはまりません」ヒューマンライツ大阪、人権QアンドAより

(<https://www.hurights.or.jp/japan/learn/q-and-a/2010/03/post-8.html>) 2021年5月5日閲覧

と義務のみを提示する。「義務を果たさないで権利はない」ということが、権利の言い換えとして人権の説明にもなりかねない。道徳や道徳科において「人権」という言葉はほとんどでてこない。しかし、義務や責任という文言が、本来は権利や人権に焦点をあてるべき主要な箇所使われている。道徳は、義務や責任について教え込むものなのか。

④「12. 社会参画、公共の精神：社会参画の意識と社会連帯の自覚を高め、公共の精神をもってよりよい社会の実現に努めること」が掲げられ、「社会連帯の意識」とは、社会生活において、一人一人が共に手を携え、協力し、誰もが安心して生活できる社会をつくっていかうとすることである。…社会を構成する多くの人々と助け合い励ましあいながら社会連帯を深めることが求められる。「公共の精神」とは、社会全体の利益のために尽くす精神である。「よりよい社会を実現するためには、社会生活において互いに迷惑をかけることのないような行動の仕方を身に付けるとともに、進んで社会とかかわり積極的な生き方を模索しようとする態度を育てる必要がある」¹²¹と解説する。

ここでは、社会連帯と公共の精神が出てくる。しかし、文脈から検討すると、「社会秩序をもってよりよい社会の実現」のほうがしっくりくる表記である。さらに、社会全体の利益のために尽くす精神として「公共の精神」が説明され、個人は「お互いに迷惑をかけることのないような行動の仕方を身に付ける」ことが求められる。これは1にある「責任を他人に転嫁したりするのではなく」と通底する自己責任の意識を喚起するものでもある。社会全体の利益のためには、個人に自己責任を求めるとも解釈できる。「社会連帯の意識」を「誰もが安心して生活できる社会をつくっていかうとすること」としながら、「迷惑をかけることのないような行動の仕方を身に付ける」というのは、社会連帯を自立した者どうしの協力関係と位置づけ、自立しない者は「進んで社会とかかわり積極的な生き方を模索しようとしないう者」で、「迷惑な存在」として見出すのである。だから、例えば、生活困窮者が生活保護申請をためらう理由の一つに「迷惑をかけたくない」がある。これはある意味で道徳実践の一つとして考えられるのである。

社会参画や公共の精神の前提は、個人ではなく社会全体に尽くす精神が求められる。社会連帯＋公共の精神＝「社会生活が混乱なく営まれている状態」（社会秩序）ではないか。

¹²¹ 文部科学省（2018）前掲書、48-49

しかしこれでは、社会における個人の立ち位置が、すべてが万事、個人の問題、心の問題となってしまう。「社会問題に対する道徳的なアプローチ、つまり、心のもちようによる解決、個人的関係の中での解決というアプローチは、自己救済を強調し、国家等の公的機関がやるべき諸施策を免責する」としかいいようがない。

そもそも道徳の教科化の意図は何か。宮沢弘道（2019）は、端的に自己責任論を学ぶ教科であると指摘する。「道徳と人権は似ているようで全く違うものです。人権は、対象が良い人か悪い人かは全く関係なく、どんな人にも等しく「ある」ものです。その人が人として生きられるかどうかは人権の大義で、社会体制が変わっても変わることはありません。人権には普遍性がある。それに対して、道徳はその時代の大義に合わせて変化します。例えば、戦前・戦中の道徳の大義は「国のため、天皇のために我が身を尽くす」ことでしたが、いまはそうではありません」という。

また、道徳の教科化によって、道徳の授業実践にも問題を投げかける。道徳の授業で戦争教材を扱うことに注意を喚起する。「東京大空襲の中で」は、戦火の中でも人命を守ったという「生命尊重」という内容項目の教材です。「戦火の中でも清く正しく美しく生きる人間像」を学ばせるものであって、戦争そのものについては問われていないのです。戦争のときに規律正しく動ける人間の育成につながりないのではないのでしょうか」といい、「人権や平和が誤解されてしまう可能性が高い」と述べる¹²²。

無差別爆撃を行った米軍の行為は断じて許されないし、当時の人々が命を守るためにそれぞれの立場で精いっぱい役割を果たし助け合う姿は、その断片だけを想像すれば「崇高なこと」だろう。しかし、本来、生命尊重の立場であれば、なぜ戦争が引き起こされたのか、平和はどうつくられるのか、そうした視点をなくして生命尊重はあり得ないはずである。

C) 高等学校公民科「公共」 無批判に押し付けられる「在り方生き方」

道徳は、義務教育課程において必須だが、高等学校では道徳という教科はない。しかし先般の改定で、高校公民科において現代社会から「公共」へと教科内容が変わった。道徳と地続きの感が否めない公共とは何か。高校公民科「公共」についても構成やねらいを見

¹²² 宮沢弘道（2019）「「中断読み」で道徳教科書を無力化する一子どもの内面に介入しない授業」『季刊社会運動』No. 434、42

ておこう。

中嶋哲彦（2020）は、これまでの「現代社会」から「公共」との科目の目標を比較し、前者が「自らの人間としての在り方生き方について考察する」とあったものが、後者では「人間と社会の在り方についての見方・考え方を働かせ」に代わった点を指摘する。つまり、在り方生き方を「考察する」から、在り方生き方は定まっているので、それらの見方や考え方を活用し（「働かせ」）なさい、という前提として押し付けるのである。また、現代社会の内容にあった「国民主権」「基本的人権の尊重」「平和主義」が、「公共」では、「平和主義」が「防衛」に置き換えられ、「国民主権」と「基本的人権の保障」は削除され、「権利」概念は、私人間の権利義務関係の文脈でだけ登場し、国家と国民の関係を律する概念としては登場しないと指摘する。さらに「公共」では「参画」を重視するというが、「既存の公共を批判的に捉えてそれを変革することは全く想定されていない」のである。「私たち」の「在り方生き方」が「公共的空間」への貢献に限定されている」という。「現代社会に対する科学的認識や批判的考察を欠いたまま、既存の公共を無批判に肯定し貢献する「在り方生き方」を押し付けることになる」¹²³という。

さて、学習指導要領で気になる点を見ておく。学習指導要領解説では、「(3) 公共的な空間における基本原理」について「ア 次のような知識を身に付けること。(ア) 各人の意見や利害を公平・構成に調整することを通じて、人間の尊厳と平等、協働の利益と社会の安定性の確保を共に図ることが、公共的な空間を作る上で必要であることについて理解すること。(イ) 人間の尊厳と平等、個人の尊重、民主主義、法の支配、自由・権利と責任・義務など、公共的な空間における基本原理について理解すること」¹²⁴とある。その後段について「公共的な空間の基礎的理解には、人間の尊厳と平等及び個人の尊厳の尊重の原理があり、その実現のためには、各人の多様性を寛容の精神をもって相互に承認することが必要であること、公共的な空間の在り方などを決め、その決定を実現する際には、民主主義や法の支配に基づかねばならないこと、公共的な空間が維持され、協働の利益が継続して確保されるためには、各人が自由・権利と責任・義務に関する自覚を持つことが大切であることを理解できるようにすることを意味している（下線部は筆者）」¹²⁵と解説する。

「各人の多様性」が「寛容の精神」で相互承認とある。多様性を認め合うことは大切で

¹²³ 中嶋哲彦（2020）前掲書、141-147

¹²⁴ 文部科学省（2019a）『高等学校学習指導要領（平成30年告示）解説 公民編』東京書籍、45

¹²⁵ 文部科学省（2019a）前掲書、47

ある。しかし、Afmed (2012) が指摘するように、多様性のかけ声によって「古い秩序が温存される」点は、見逃せない指摘である。また「寛容の精神」とは何か。寛容は tolerance であり、もともと「我慢する」「受け入れる」の意味である。自身の心の問題として「我慢し」「受け入れる」ことであり、当人による内心の問題である。つまり、寛容な精神をもって多様性を受け入れることは可能だが、そこにある社会諸問題（差別や格差、貧困等）には目をつぶるのである。

さらに「公共的な空間における基本原理」の内実として、人間の尊厳、個人の尊重、民主主義、法の支配、自由・権利と責任・義務は個別に解説を加えている。気になるのが、「個人の尊重」と「自由・権利と責任・義務」である。「個人の尊重」の解説には「人々が自由かつ平等な存在として自立的に生活関係を築き、社会に参画することができるために、人種、性別などによる差別や偏見を是正することが必要であることの理解を基に（下線部は筆者）」¹²⁶とあるが、「自立的に生活関係を築く」という前提をもって差別や偏見の是正が謳われる。「自立的に生活関係が築けない人」はどうなるのか。ここではジェンダー平等を強調したいのだろうが、自立的に生活が築けない生活困窮者等の存在を見出すことは難しい。しかし学校には生活困窮によってかろうじて高校進学できたという生徒も少ない。人間の尊厳や個人の尊厳を道徳的側面からではなく、人権的な視点からの経済的社会的自立を包含する視座が求められるはずである。

「自由・権利と責任・義務」では、「自らの自由や権利を主張するということは、同時に他者に対しても同様の自由や権利を認めることが前提であること、自由・権利に基づいて行った行為には責任が伴うこと、判断能力など十分ではない者の意思決定には支援が必要であることなど、自由・権利と責任・義務は切り離すことができない関係にあることを理解できるようにすることが大切である」¹²⁷と解説する。ここは、中嶋哲彦が指摘するとおりである。不思議なことに、人間の尊厳や個人の尊厳、権利の文言はあっても、人権という言葉を見出せないのである。「一個人の人権を守るために国家が総力をあげるのが民主国家というものでしょう」¹²⁸という捉え方こそ、民主主義国家の公共が目指すべき視座ではないのか。これでは、国家のために尽くすのが国民の義務であり責任といわんばかりである。このように学習指導要領という法的拘束力をもつ公民科「公共」は「人間の在り方

¹²⁶ 文部科学省 (2019a) 前掲書、48

¹²⁷ 文部科学省 (2019a) 前掲書、48

¹²⁸ 田中芳樹 (1985) 『銀河英雄伝説⑥飛翔編』徳間書店、174。自由惑星同盟シェーンコップ中将のセリフから

生き方」を提示し、それを守らせるための位置として機能するのである。

さて、高校では道徳科はなく公民科における「公共」であるのだが、高等学校学習指導要領総則にあるように道徳教育全般は高校でも行われる。

高等学校においても道徳教育推進の上での留意事項として気になるのが、「第 2 節道徳教育推進上の留意事項（第 1 章総則第 7 款 2）」における「(4) 義務を果たし責任を重んじる態度及び人権を尊重し差別のないよりよい社会を実現しようとする態度を養うこと」¹²⁹である。なぜか、義務・責任が先にあり人権は後になっている。並列関係ではあるが、道徳同様に公共についても、社会秩序という観点から義務や責任に焦点をあてたいのだろう。ここからもわかるように、道徳科や公共において、人権は重要な位置にはないのである。

公共にせよ、道徳教育にせよ、そこで求められていることは義務であり規範である。つまり、人権は二の次なのである。ヨーロッパ諸国では、道徳教育ではなく「シティズンシップ教育」を導入して民主主義と人権についての認識を深めて、日常生活において活かすべく実践がされている。日本が道徳という前近代的思考をそのままに引きずっているのとは大違いである。

D) 「道徳」「公共」の実践としての地域共生社会、「思いやり地域共生社会」

さて、道徳および公共という学校教育での実践を概観してきた。原田実（2018）は、「偽物を根拠にする親学を政治的に利用して学校教育や家族のあり方を規定しようとすることは、国にとっても国民にとっても有害とおشかしいようがない」¹³⁰という。つまり、親学とは薄弱な根拠で医学的常識を否定する疑似科学、現代人の創作である「江戸しぐさ」や「伝統的子育て」を採用する点で偽史であるという。高橋史朗は、脳科学をこじつけて道徳を再整理したが、これは彼が提唱する親学の延長上に位置するものである。さらに原田実がいうように「政治的」なものである。

道徳科や公共は、地域共生社会の理念との重なりとともに、そもそも公共において示したように、「在り方生き方」として定まったものであって、「従うべきもの」とし定位づけられている。つまり、「我が事丸ごと地域共生社会」における「我が事丸ごと」とは、「個人の在り方生き方」を「公共的空間」への貢献に方向づける」ものであって、＜私＞であ

¹²⁹ 文部科学省（2019b）『高等学校学習指導要領解説（平成 30 年告示）解説 総則編』東洋館出版社、189

¹³⁰ 原田実（2018）「オカルト化する日本の教育」ちくま新書、103

る「我」、つまり個人を捨てて、＜公＞としての「我が事」である「私たち（みんな）」へ転換を意図するが、道徳科や公共から見出せるのである。

学校教育で教えられた道徳教育、道徳科、そして公民科「公共」は、これまで概観してきたように、「思いやり」「支えあい」「助け合い」を命令し、人びとの責任や義務として位置づけるのだが、これは、地域共生社会の理念に重なるものであった。景井充のいう「新自由主義への包摂を推進する勢力と他力本願的な被包摂を願う暗黙の社会的メンタリティの双方」との＜包摂－被包摂＞関係を、「世間」における正義と見出し、「世間」を補完するために「思いやり」の実践として「地域共生社会」が覆いかぶさる。新自由主義体制を覆い隠す「地域共生社会」という構図である。

地域共生社会の理念に「支えて側と受け手側に分かれるのではなく」とあるが、これは「役割をもって支えあう」という勤勉さや孝行を連想させる。「人間的努力はたえず通俗道徳的实践を通じて発揮され、支配体制を安定化させる方向へ作用した」¹³¹と安丸良夫は指摘するが、道徳科や公共で概観してきたように、本来は頑張っていればそれなりに丸く収まるものであるといわんとするものであり、道徳科や公共は、「通俗道徳」的側面が否めない。こうした価値観は、何も今日も否定されるどころかさらに強化されている。

安丸良夫は、通俗道徳について「明治 20 年以降に通俗道徳的秩序原理が修身教育や「官製国民運動」によって繰り返して宣伝されていくと、一連の欺瞞的な徳目となり」、「通俗道徳は民衆の生活を制約しているさまざまな条件を無視し隠蔽する非人間的な強制となり、強力で普遍性を持った虚偽意識（イデオロギー）の体系が成立」したという。そして「社会体制の全体に関わるような問題は、もともとこうした通俗道徳で処理できない性質のものなのに、そうした問題までこの虚偽意識によってゴリ押しに処理されてゆく」とし、「通俗道徳が自明の社会通念として普遍化してゆくと、どのような問題もその通念を通して処理しうるかのような幻想が成立」し、「そうすると、かつて民衆生活の実態に適応していたヒューマンな性格は失われ、欺瞞的、偽善的、独善的なものに転化する」と述べる¹³²。

「助け合い」「支えあい」という相互扶助は民衆生活の実態に即した安丸良夫のいう「ヒューマンな性格」である。しかし、それが社会構造の歪みに起因する社会全体の問題に向けて、再編成された虚偽意識によって形成された「助け合い」「支えあい」が対峙し解決すべきというのが通俗道徳であるが、これは地域共生社会への対峙に重なるものでもある。

¹³¹ 安丸良夫（1999）前掲書、16

¹³² 安丸良夫（1999）前掲書、109-112

つまり、格差と貧困が広がる地域社会への対応として、人々の生活を制約しているさまざまな社会的条件を無視した上で「「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく」という「強力で普遍性を持った虚偽意識」としての「地域共生社会」である。安丸良夫は、通俗道徳が強力で普遍性を持った虚偽意識によってゴリ押しされて社会的な問題を処理していくというが、通俗道徳の延長上として地域共生社会を措定すれば、まさに「働けない者を、社会保障を使わないで支える仕組み」（横山壽一 2021）も見出せる。地域共生社会は、これまでの市民社会論の知見である市民と実質的市民による同等化という政治的効力を無力化し、「経済＞人権」を＜豊かさ＞への包摂として「正義」として正統化するのである。

こうして見ていくと、地域共生社会と国が定める道徳や公共が多くの部分で重なっていることがわかる。そもそも＜個＞をではなく私たちのこととしての「我が事」として考えるという視点そのものが、道徳や公共のねらいと同じである。例えば、「制度の狭間」問題への対処も制度そのものの問題として考えるのではなく、動かしがたい制度はそのままにして、「我が事」としてどう対処すべきかを道徳実践として進めようとする。

また、道徳における権利とは、あくまでも市場社会での「権利と義務」の反芻でしかない。人権という普遍性への価値を持つ人間を理解するのではなく、市場社会を生きるための「権利・義務」でしかないのである。さらに、道徳では「思いやり」が人権であるかのような場面も見出せる。これまで検討してきたように、思いやりは、人権を打ち消すように作用し、さらに「まじめにやらなかったからそういう結果になった」などの自己責任への回路を開く。また、人権を、例えば「生命尊重」というように置くことから、社会問題を個人的問題へと収斂させる機能も道徳は持っており、その機能をいかんなく発揮させているのが地域共生社会でもある。

人権という普遍性への責務は個人では対処できない。それは社会、つまり国家が人間の尊厳への責任をもってなしえるものである

井上英夫（1991）は、社会保障の「保障」が「支援」への変化を指摘する¹³³。「地域共生社会の実現」の文書には、「支援」は多用されていても「保障」という言葉はない。なぜ「支

¹³³ 「保障から公助＝支援への転換は、いっそう恩恵的、慈恵的性格を強め、責任主体としての国家をあいまいにしていくことになる（「健康における自己責任論」）。井上英夫（1995）『健康権と医療保障』『講座日本の保健・医療』労働旬報社、102

援」が多用されるのか。

これは、市場社会に適合してもらうための自立への支援であり、市民社会の前提としての自立、それを補助するだけの支援という意味と解した方がよい。保障ではなく「支援」というのは、人権という位置づけではない。

なぜ自立支援なのか。それは「経済＞人権」社会において、消費者にならないと社会構成員として認められないからである。消費者でなければ経済活動もできない＝自立できないことになる。あくまでも消費者としての立場を促すための支援なのである。措置から契約への移行は福祉の市場経済社会の基盤整備とも言える。

さらに、道徳や公共はそうした自立へのあり方を肯定して助長する。中学校道徳科での自己責任論の学びは、保障ではなく、あくまでも「支援」のほうが「フィット」する感覚を持つことを体感させていく。なぜなら、本来人間は、自ら律して働き、それをもとにして生活するのが「善」であり、人様のお世話になることは道徳実践から良くない行為として学んできているからである、さらにそれらは日常実践を通して強化されて「常識」となるからである。

「経済＞人権」の位置づけが自立支援の提起によって加速した。これは、公的扶助を「公助」として蔑む＜人権＞を経済が抑え込む考え方として見出せるが、これは、誰もが自立した消費者であって、自立を放棄して公の助けを求めるのは、「経済＞人権」社会では許されないからである。

E) 道徳ではなく人権としての社会福祉の視座へ

浅井春夫（2001）は、社会福祉の公的責任性を社会福祉事業法から社会福祉法改正で、条文の主語に注目して検討する。つまり、国や自治体などの公的主体が主語とではなく、地域住民らが主語となって社会福祉の責任を取るという構図を法に見出す。つまり、社会福祉は、地域住民や自助支援事業者との助け合いで、それを監督するのが国や自治体の役割であるという位置である。これは、藤松素子（2019）が「社会福祉事業法時代にあった国と自治体の責務はこの段階で消滅した」¹³⁴が指摘するとおりである。そして地域福祉推進のためには、公的責任を確認したもとにおいて住民の主体的活動が引き出せるのであって、住民相互の善意に基づく共助のみ、深刻な社会的孤立問題の解決を解決することは不

¹³⁴ 藤松素子（2019）前掲書、94

可能なのである。

「住民どうしの助け合い」を思想的に下支えしているのが「道徳」である。宮沢弘道 (2019) は、道徳の教科化への対抗として、道徳の使用義務のある教科書をどう無力化していくかに注力する。この点から考えれば、地域共生社会という道徳実践をどう無力化させて、人権としての社会保障・社会福祉に回復していけるかの方向性も見出せよう。

「道徳による論点ずらし」は、国家による人権保障への視座を、人びとの助け合いという道徳実践に重心を移そうとしていく。道徳的に「人々の助け合い」は誰もが否定しえない実践であるが、つまるところ、国家による人権保障から、住民どうしの助け合いへの責任転嫁でしかない。なによりもこのレトリックを打ち破るには、人権と道徳は全く違うものであるとの認識を持つことである。道徳実践の延長上に、「人権としての社会保障・社会福祉」は再定義できない。「思いやり」は、強者による弱者へのまなざしとともに、前近代的な慈恵を肯定し改めて復活させるだけである。このように住民への責任転嫁に有効なのが、道徳実践としての地域共生社会とも見出せるし、だからこそ、道徳ではなく人「権」としての社会保障・社会福祉」の視座が必要なのである。

5) 医療生協運動による「協同」としての対抗に向けて

ここまで、国による地域共生社会という方向を確認しながら、地域共生社会への対峙の視座として、地域福祉の再検討と日本的社会連帯について検討してきた。地域共生社会の理念が、実は旧来の日本的社会連帯とつながりを見出すことができた。つまり、景井充のいう道徳実践、中嶋哲彦のいう国家主義 β という内実があり、地域共生社会の構成員となる児童・生徒への教育内容にも大きく踏み込んだものであることを論じた。

「思いやり地域共生社会」へどのように医療生協運動が対峙できるか。医療生協運動は、人権運動の視点で、医療・介護サービスの事業と運動を展開している。そこには、すべての人が必要な医療・介護サービスを享受できるようにとの視座がベースとなっている。竹内章郎のいう「能力の共同性」を育む事業と運動である。医療生協運動の持つ人権と協同は、「思いやり地域共生社会」とは対抗関係にあるものであって、「思いやり地域共生社会」に包摂されるものではない。そこへの峻別は、「思いやり」と「人権」との区別ができることである。「能力の共同性」に基づいた人権を捉える視座は、「思いやり」を「人権」と混同させることはない。協同のベースは人権であるが、その人権は「能力の共同性」に由来するものである。こうして協同によって「思いやり地域共生社会」への対抗として位置づ

くものとなる。

第3節 社会保障・社会福祉の市場化への対峙 医療生協運動による共同化の視座での対抗

1) 社会保障・社会福祉の市場化について

市場化・営利化は、受益者を消費者として想定する。これは、社会保障・社会福祉の原理から考えればおかしいが、日常的に売買に慣らされた人たちは、おかしいこととは決して思わない。そこが恐ろしいところである。お金を出して買う「賢い消費者になる」ことが社会生活を円滑に進めていく目的となる。医療・介護サービスは、決して商品ではないことは検証してきた通りである。提供する側・受けとる側との人間的な相乗効果があって機能するものであるはずである。医療・介護サービスなどの社会保障の市場化・営利化の方向性を端的に示しているのは、例えば、翁百合（2017）の次のような指摘である。

翁百合は、「国民視点の医療改革」の3つのポイントとして、①医療需要者、利用者の視点にもより配慮した医療制度へ、②医療の発展、健康関連産業の発展を目指して、③医療の持続可能性を確保する、をあげる。①では、「国民の病気を克服したいという切実な願いに応えられる医療制度としていくこと、セルフメディケーションに対する意識を向上させ、病気を予防ないし早期発見して健康を維持したいといった願望に応えるように制度を見直していくことが重要である」¹³⁵という。そこから混合診療禁止や保険外併用療養費制度は患者視点ではないこと、組合健保保険者の健診が不十分で、かかりつけ医がおらず薬局で販売されている検査薬に限られる現状を憂え、「医療へのアクセスにハンディのある利用者への配慮」¹³⁶を求める。

「医療へのアクセスにハンディのある利用者への配慮」とあるが、では、どんな人たちが「ハンディのある利用者」なのか。翁百合は、保険診療の枠外にある医療サービスを利用できない人たちを指し、前提として医療消費者としての位置である。医療消費者であって必要な医療へのアクセスができない人たちである。大前提は医療保険加入者であって、医療保険にすら加入できない人を「医療へのアクセスにハンディがある利用者」と捉えていない。またその中で異様なのは③の記述である。③では、「保険の性格が変化している」として「医療保険制度はそれぞれの保険制度がその保険制度の中の加入者の共助の仕組みか

¹³⁵ 翁百合（2017）『国民視点の医療改革 超高齢社会に向けた技術革新と制度』慶應義塾大学出版会、9

¹³⁶ 翁百合（2017）前掲書、10

らだんだん離れてきている」とし、さらに「リスクに応じて保険料を収め、リスクが顕在化したときに給付を受けるため、健康を維持することが当該保険制度の保険料軽減につながる、といった保険的な性格も薄れてきている」ので、「医療費が増大している結果、医療保険制度の性格も徐々に変わってきている」¹³⁷と指摘する。そして「国民の不安を解消しつつ、皆保険を維持するためにどういった対策を全体として整合的にとっていくべきかという国民的議論が避けられない」¹³⁸という。

確かに、保険に着目すれば、翁百合のいう「加入者の共助の仕組み」となる。実際、組合健保は独自に組合による健康保険を運用している。しかし、協会けんぽをはじめ、国民健康保険ほか、健康保険制度は、加入者の経済状況への保障を勘案した上で皆保険体制の一翼を担っている。それらは保険原理だけではなく、社会原理をもった健康保険制度である。健康保険制度は、共助というよりも公的社会保険の位置づけが正確な位置である。保険原理に特化した医療保険がここでは読み取ることができる。

翁百合の主張で特徴的なのが「医師と患者の情報の非対称性」の解釈である。社会的規制としてそれを見出すが、社会的規制とは「消費者や労働者の安全、健康の確保、環境保全、災害防止等を目的とし、サービスの質やその提供に伴う活動に一定の基準を設定したりするものであり、国民の生命や財産を守ろうとするものである」¹³⁹という。その定義に間違いはない。しかし、その「非対称」のベースは、医療機関などの医療提供者と医療消費者である患者との対等性に求められ、医療消費者として「よりよい医療サービスを選択しにくい状況を生んでいる」¹⁴⁰などの指摘に端的に現れ、消費者としての自己決定に重心がある。さらに「医療の質が異なっても、同一の診療報酬である診療報酬制度」¹⁴¹、「こうした制度は一方で医療提供者の質的な向上に対するインセンティブを失わせがちで、健全な競争を促す方向には作用しにくい」¹⁴²などの指摘は、医療という営みが、医療提供者の一方でのみ完結する医療サービス商品であることを明示し、共同の営み・共同生産としての医療サービスという視座はない。

ここには、医療提供者は、医療サービスという商品の質をいかに高めることができるの

¹³⁷ 翁百合（2017）前掲書、15

¹³⁸ 翁百合（2017）前掲書、17

¹³⁹ 翁百合（2017）前掲書、31

¹⁴⁰ 翁百合（2017）前掲書、32

¹⁴¹ 翁百合（2017）前掲書、36

¹⁴² 翁百合（2017）前掲書、36

か自己研鑽していく必要性とともに、「賢い医療消費者」としての患者との関係を構築するヘルスケア市場のあり方が見いだせる。こうしたヘルスケア市場は、本来あるべき医療・介護サービスの共同の営み・共同生産としての位置はなく、あくまでも商品なので、商品の質の問題も、一方的に医療提供者側の責任となり、医療消費者は商品への満足度を表明するか、不満であればクレームを申し立て、商品の品質保証を求めることになる。

このように、「医療サービス商品」としての医療は、ヘルスケア分野に成長戦略の中を医療と見出して、これを新たなマーケットとして雇用の拡大と生産の向上を期待し、医療消費者としての自覚はセルフメディエーションの意識を持たせて、自助による予防・治療・ケアを導くことになる。

これらからわかるのは、翁百合のいう国民視点の医療改革という「国民」とは、医療消費者となることのできる健康保険加入者であって、医療における「情報の非対称性」問題への解決には、医療消費者として賢く選択できる能力が求められ、その能力はセルフメディエーションにみられる自助で健康は守るべきものであるというもので、要は「さまざまな規制がありますけども、消費者として賢く医療サービス商品を選びましょう」というものでしかない。

社会保障・社会福祉の市場化は、医療・介護サービスを賢く選択できる消費者としての位置を目指す。しかし医療・介護サービスの商品化は、消費者になれない人々の存在を視界の外に置く。上述の翁百合の「医療へのアクセスにハンディのある利用者への配慮」からは、消費者になれない傷病人の存在は視界の外にある。消費者になれない人たちは対象外なのである。だが、医療・介護サービスは、経済的に余裕があるから利用するものではない。人間が生きていくために必要不可欠な公共財である。社会保障・社会福祉の市場化は、消費者になれない生活困窮者をその枠外に置くことを、消費者になれないことをもって正当化する。つまり、今日の社会体制は、フーコーの統治性研究にある市場のルールがあらゆる分野を侵食し、経済的価値に置き換えられている現状を示すものがある。「経済＞人権」の図式にもとづく社会体制でもある。

浅井春夫（1999）は、「社会福祉における市場化とは、国家責任による権利としての社会福祉運営体制の中に、福祉サービスの売り手としての民間営利企業と買い手としての住民が民法上の売買契約によって福祉サービス商品を交換する関係が拡充していく過程である」

¹⁴³と端的に指摘する。社会福祉を契約制度に移行することによって社会福祉問題は、「脱政治化」し、私的個別的問題化されることになる。こうなることで医療・介護サービスを得ることは、必要不可欠な公共財としての位置から、私的所有の多寡による問題とされる。しかし、市場にある医療・介護サービスを購入できない者はどうすればいいのか。ここに地域共生社会による地域住民による「助け合い」「支えあい」がある。つまり、社会保障による医療・介護サービスの活用ができないものを「働けない者を、社会保障を使わないで支える仕組み」（横山壽一 2021）が地域共生社会なのである。

2) 社会福祉・社会保障の市場化の源流

「社会福祉の普遍性」を見出して結果として社会福祉の市場化に大きな役割を果たしたのが、三浦文夫の社会福祉経営論である。1970年代半ば以降に社会福祉政策の体系的な見直しが進められるが、その理論的支柱となったのが三浦文夫によるニーズ論であった。

三浦文夫（1980）は「ニーズ」を広義と狭義にわけ、広義の「依存的状態」に対して「この状態の解決が社会的に必要であるという社会的認識が加わって、狭義の社会的ニードが成立する」¹⁴⁴という。孝橋理論が社会福祉の補充代替論を見出すのとは反対に、三浦理論は社会福祉の枠組みから切り離して対処したのである。林博幸（1984）は、ニーズ論を端的に「ニーズ論は、社会問題（生活問題）を社会問題対策（社会福祉）との関係を、「ニード」と「サービス」「資源」の関係に置き換えてしまった」と指摘する。「社会福祉がその対象を社会問題として規定しえず、とくに貧困の問題との関連を断つならば、社会福祉はみずからの社会的存在意義を見失うことになる」¹⁴⁵という。小笠原浩一（2008）は、三浦理論は独自の社会福祉概念と見出す。「ニード（要援護性）」は社会が一定の社会基準に照らして福祉的資源を調達し、それを配置・運用すべき社会的責任の規範的管轄の範囲を示す概念であり、政策カテゴリーを表現する操作概念だという¹⁴⁶。こうした文脈からニードは貧困対策としての社会福祉から、一般的・普遍的サービスとしての社会福祉への変化を表現する操作概念でもあることがわかる。平岡公一（2008）は、三浦理論が果たした役割として、①福祉の普遍化、②福祉の多元化、③有料化と契約福祉をあげている。

¹⁴³ 浅井春夫（1999）『社会福祉基礎構造改革でどうなる日本の福祉』日本評論社、65-66

¹⁴⁴ 三浦文夫（1980）『社会福祉経営論序説』硯文社、120

¹⁴⁵ 林博幸（1984）「地域福祉とニーズ論」『地域福祉 いま問われているもの』ミネルヴァ書房、136

¹⁴⁶ 小笠原浩一（2008）「社会福祉政策理論としての三浦入り論の特徴と歴史的意義について」社会福祉学第49巻第1号、161-166

三浦文夫のニード論は、貨幣的ニードと非貨幣的ニードがあり、前者は経済保障として現金給付での対応であり、後者は現金給付では充足することができないニードであり、それらを満たすには、物品や人的サービス等が必要であるとされる。林博幸（1984）は、「経済成長と所得保障、医療保険、雇用政策、その他の社会的諸施策が整備されるに伴い、社会福祉ニードと受容に大きな変化がみられ、経済的貧困の解決に社会福祉が、もっぱら当たらなければならなかったという、これまでの問題状況は変わりつつあり、「ニードのあらわれ方は「個別的でかつ多様」になり、より高度化するものがあらわれている。これらの非貨幣的ニードの充足に必要な施設・サービスは、そのニードの発生する場において提供されなければならないので、地域社会中心の社会福祉が改めて認識される」とし、ここから「個別化、多様化、高度化したニードへの対応が地域福祉の課題だとされた」¹⁴⁷と指摘する。

福祉の普遍化とともに、一般の人たちが「非貨幣的ニーズ」を求めるようになると、有料やサービスを受けるための契約という形態を招来することになったのである。

永山誠（1993）は、三浦文夫のニーズ論について、1970年代に進められた福祉財政抑制を前提とした理論であると指摘する。確かに、1973年のオイルショック後、1975年の厚生白書では「これからの社会保障」と題して基本原則を新たに定めた。この流れは、1980年代において社会福祉八法改正に向けた動きをつくることになる。

3) 社会福祉・社会保障の権利性について

社会福祉八法改革（1990）や社会福祉基礎構造改革（2000）は、戦後社会福祉のあり方を大きく変えるものであった。社会福祉基礎構造改革を推し進めた炭谷茂（1998、2004）の論を検討して、社会保障・社会福祉の市場化・営利化がどのように社会福祉の仕組みを転換し、地域共生社会に接続するのかを見ていく。

永山誠（1993）が指摘するように、社会福祉の市場化は、そもそもの社会福祉の権利要求である措置制度を、ニーズ論によって一般化することで「売買上の権利」との混同・混乱を招いたものである。特に社会福祉基礎構造改革は、社会福祉を措置制度から契約制度へと位置づけを大きく転換させたが、その問題点を整理しておく必要がある。

炭谷茂（1998）は、社会福祉基礎構造改革の基本的方向として7点あげているが、特に

¹⁴⁷ 林博幸（1984）前掲書、138

問題となるのが、①サービス利用者と提供者の対等な関係の確立、③幅広い需要に応える多様な主体の参入促進、④信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の向上、⑦住民の積極的な参加による福祉の文化の創造、の4つである。

①では、「措置制度においては、提供者が上に位置し、利用者が下にいるという上下関係である」こと、「法的に権利が保障されていない」こと、「近代と封建社会を区別する概念の1つが契約である」こと、「インセンティブがなかなか働かない」など¹⁴⁸と、措置制度の問題点をあげている。

こうした主張に対して浅井春夫（1999）は、措置制度への否定的一方的評価と批判し、措置制度は「権利保障行為としての意味を持っている」¹⁴⁹と強調する。つまり、措置制度の活用において、上限関係が発生するという問題提起そのものがおかしい発想なのである。そもそも必要充足という観点から、上下関係は見いだせない。しかし炭谷は社会福祉サービスのやりとりそのものを「与えるもの」「与えられるもの」として日常的風景から見出し、それらを上下関係として再構成したに過ぎない。社会福祉サービスは、当人に必要充足されるべきものという原理原則に立ち返れば、契約行為などの発想は出てこないはずなのである。売買行為の日常的実践が社会福祉サービスへも侵食して来たことを物語るものである。さらに、社会福祉の公的責任を「福祉サービスを必要としている人が、確実にサービスを受けられるような体制を整え、それを公が果たすこと」（炭谷茂 2000）¹⁵⁰であるという。つまり、福祉サービスのコーディネイトの立ち位置を言っているのである。

③で炭谷茂は、「主な供給主体は社会福祉法人でした」¹⁵¹といい、多様な主体の参入促進とを求めた。その結果、営利企業が入ってきたことは既知の通りである。コムスン事件に代表されるように、営利企業の大規模な参入が社会福祉制度の根幹を揺るがす問題になったことを起こしたきっかけもここにある。営利企業の参入が、日常的実践を通じて結果として福祉サービスを「売買上の権利」に矮小化させたとしてもよい。これは、社会福祉の固有の権利性を抹消するようなものへと転換したとも言える。

④では、「利用者の選択によって適切な競争を促進し、市場原理によるサービスの質と効

¹⁴⁸ 炭谷茂（1998）「社会福祉基礎構造改革の展望と課題」『社会福祉研究』第73号、27

¹⁴⁹ 浅井春夫（1999）『社会福祉基礎構造改革でどうなる日本の福祉』日本評論社、18

¹⁵⁰ 炭谷茂（2000）『社会福祉の原理と課題「社会福祉基層構造改革」のその後の方向』社会保険研究所、71

¹⁵¹ 炭谷茂（1998）前掲書、27

率性の向上を図ることが重要」¹⁵²と指摘する。市場によるサービス提供は、社会福祉の固有の権利性を売買上の権利に矮小化させるが、問題は、こうした市場原理による社会福祉サービスの提供を、生協陣営もこぞって賛成したことである。鈴木勉（1999）は、生協による社会福祉基礎構造改革推進について「支払能力の有無によって逆選別が強まる（営利企業がサービス利用者を選ぶ）ことは容易に推測できるにもかかわらず、さらに行政の介護サービス実施責任を免責する「提案」まで行うとは、これでは介護保険制度や社会福祉基礎構造改革の「丸のみ」という他ない」¹⁵³と批判している。

4つ目の⑦は、「住民の積極的な参加による福祉の文化の創造」¹⁵⁴である。行政によって声がけされた「住民の参加」は、見方を変えれば「住民の動員」である。さらに福祉文化の創造についても福祉実践＝道德実践と措定すれば、住民による「思いやり」実践となり、市場化されたサービスを購入できない人たちへの住民の動員による対応にもなりかねない。「福祉の文化の創造」について、これも否定できる人はいないだろう。しかし、内実が、動員された住民の思いやり行動であるとすれば、「福祉の文化」と捉えるべきものではない。

永山誠が指摘するように、「売買上の権利」と「社会福祉の権利要求」とは異なる。社会福祉の「福祉サービス商品」は、前者を意味し、本来の「社会福祉の固有の権利」を覆い隠す。今日では、介護保険制度が施行されて20年以上が過ぎ、介護サービスについて介護保険制度を活用するものの、サービス利用する際に「いくらお金がかかるのか」と考えざるをなくなっていること、さらに介護の市場化が進み、お金があればいくらでも代替サービスが市場通じて購入できる状況となっている。売買上の権利としての介護が日常実践を通じて定着しており、そこへの疑義を持つ人は少ない。だからこそ、障害福祉サービス受給者が65歳を過ぎると障害福祉サービスが受けられず、介護保険サービスが優先されるようになるなどの例が起こる。これは、「福祉サービス商品」が一般化してしまっただけで「社会福祉の固有の権利」としての障害福祉サービスの固有の権利を消失させるものである。

社会福祉の措置から契約への大転換は、「社会福祉の固有の権利」を「売買上の権利」としての福祉サービス商品に置き換える方向へ大きく舵を切った。「売買上の権利」が福祉サービス商品を得るための権利に置き換えられたのである。

社会福祉の措置から契約への大転換は、国家責任による社会福祉の認識を薄め、契約行

¹⁵² 炭谷茂（1998）前掲書、27

¹⁵³ 鈴木勉（1999）「介護保険制度の導入と協同組合の課題」『協同の発見』No. 84、23

¹⁵⁴ 炭谷茂（1998）前掲書、27

為という個人の責任に期するものとともに、地域に暮らす住民の責任による社会福祉へとその位置づけも移行した。地域福祉がまさにそれにあてはまる。

4) 「消費者としての住民」による住民責任による「思いやり地域共生社会」

① 「住民自治」というレトリックと住民責任

永山誠（1993）は、地域福祉や住民活動計画における住民参加の方策として、住民意識にある高齢化社会への危機を活用して不安感を組織化する点を指摘し、住民を行政の客体から主体へ転化させ、地域福祉への責任主体として住民を位置づけるという。さらに、「住民の「いえ意識」「差別意識」特質を考慮し、参加＝自主管理と競争を組み合わせ、中間組織を重点的に運用することによって目標を達成させよう」¹⁵⁵とするという。「地域福祉政策自体は、福祉の産業化を強力に推進することによってこの不安を積極的にかきたてつつ、他方で不安の受け皿として「自助・相互扶助」（住民の助け合い）の福祉ネットワークを構築する住民活動計画にそのエネルギーを誘導・吸収する」¹⁵⁶と指摘する。つまり、超高齢社会と福祉の市場化という「住民にある不安感」を掻き立てながら、行政主導で「地域住民の責任」として地域福祉計画をつくるのである。

さらに「地域福祉計画では、社会福祉協議会や自治体あるいは厚生省などの行政や、場合によっては企業も加わり、住民が福祉の自主管理（＝自助・相互扶助）をするようその主体の啓発を行うとともに、一面「強制」「義務」化するのであるから、これらの各組織は、住民に対するヘゲモニー（主導権）を確保するための組織的構成要素ということができる」¹⁵⁷と指摘する。行政主導で地域福祉計画をつくりながらも、地域福祉の責任を地域住民にあるとするのである。「住民を行政の客体から主体に変えるということは、行政機能を住民が代行してこれを担うというだけではなく、明らかに行政の利害を住民自身の利害と対立させずに同一のものとして自覚するよう、意識そのものを「啓発」するということを意味」¹⁵⁸のである。

このように、市場化によって住民は、消費者として位置づけられ、地域福祉計画によって責任主体としての地域住民という既成事実が作り上げられて行くのである。

¹⁵⁵ 永山誠（1993）「地域福祉における「住民参加」」『戦後社会福祉の転換 新しい理念とは何か』労働旬報社、189

¹⁵⁶ 永山誠（1993）前掲書、186

¹⁵⁷ 永山誠（1993）前掲書、189

¹⁵⁸ 永山誠（1993）前掲書、194

そして「地域福祉政策は、住民を消費者にとして啓発することによって国民意識の中で社会福祉の公的責任の認識をかき消し、権利として国や自治体に福祉の充実を求めるような権利意識を抑制する効果が期待されている」¹⁵⁹と述べたが、30年以上経過して永山誠の指摘は、正鵠を射た形で出現しているのである。翁百合（2017）が示したような「国民視点」とは、つまり「消費者としての立ち位置」であって、まさに「権利として国や自治体に福祉の充実を求めるような権利意識を抑制する」ものであり、市場における「消費者としての権利要求」にとって代わっているのである。こうして「社会福祉の固有の権利」は後景に退くのである。

かくして「住民自治」というレトリックによって、本来公的責任を持つべき地域福祉への責任が地域住民に向けられ、さらに市場化によって社会保障・社会福祉サービスの消費者として責任主体という地域住民が形成されていくのである。

②「経済＞人権」のほころびを覆い隠す「思いやり地域共生社会」

消費者である地域住民にとって市場化は、それに対応できる人にとっては選択肢も広がる。しかし市場化によって社会福祉ニーズが必要な人たちが充足できない状況も生んでしまう。それを補完するのが地域共生社会の実践である。「我が事」として困った人へ手を差しのべるわけである。

ニーズを見出すことは、社会福祉ニーズと個人ニーズを混同し、さらに個人化を促すことで社会福祉が個人の問題にされてしまうこと、個人の問題であるのだから売買契約で済ませることもできるだろう、というわけである。いつしか、社会福祉固有のニーズは個人のわがままとして解かれてしまうのである。しかし、心身に必要なサービスを求めてもお金がなくて買うことができない人もいる。そうした人たちへの経済的勝者による思いやりが地域で求められていく。その形が地域共生社会という上からの押し付けでつくられたと解することができる。

「思いやり」は、格差などのほころびを隠すことができる。つまり、市民と形式的市民という区分けを覆い隠して隠蔽しようというのが「思いやり地域共生社会」なのである。いわば「思いやり地域共生社会」は、生活困窮者の本質的問題である経済的問題を「つながり」問題とすり替え、「つながり」が生活困窮者問題の対応となる。しかし、経済的問題、

¹⁵⁹ 永山誠（1993）前掲書、194

私的所有物がない状況をいくら「つながり」で対応しようとも、私的所有の多寡で判断される今の社会では、いいところ道德としての「思いやり」を持ちましよう、多数派に説きながら、当事者はそうした「ない状況」を受け、我慢するように迫るものでしかない。生活困窮者を「つながりの弱い人」として意味づけを変更し、経済的側面を無視して「つながり」に置き換えることで、本質的な問題へのアプローチを阻むことにもなる。

岡崎祐司（2020）が指摘するように、「地域共生社会」とは、地域住民と自治体との間の本来持つべき緊張関係を、地域丸ごと、地域共生社会、地域デザイン機能などの「きれいな言葉」に置き換える。さらに自治体の役割が、本来地域住民の生活を保障すべき立場から、住民の生活を支援する方向へ大きく舵を切る。これは、新自由主義的合理性である「ガバナンスによって緊張関係を解除させる」¹⁶⁰ことに重なる。いかに生活に困っている当事者たちの現実から乖離しているか、いや無視してきたか。官民挙げての実践による「きれいな言葉」は、本来はシビヤな現実を抱える当事者たちとの緊張関係を、「思いやり」などによって無力化してしまうのである。

このように地域共生社会と銘打ち、互助組織へ「生きること」への責任を転嫁して、本来あった地域福祉をつくりかえる。そこには生存権への視点はなく、「地域丸ごと」「地域共生」というスローガンによって本来緊張関係のある行政と地域住民との間を「調和」に転換させる。この調和こそ、ブラウンの指摘する新自由主義的統治性に起因するガバナンスの実践というべきものである。

これまで見てきたように、社会保障・社会福祉の商品化の基盤整備が整えられ、誰もが消費者として経済活動をするものとなり、社会保障や社会福祉が「自助」や「自助の共同化としての共助」に接合されて、社会保障・社会福祉のニーズが私的な問題とされることが日常知となった。「消費者となること」がすべてとなり、自助でサービスを購入できない者は、「思いやり」による互助や共助によるサービスを受け、どうしようもなくなったら公助のお恵みで対応する。消費者が前提であるので、消費者になれない時のサービスは消費者に劣るサービス内容であっても我慢して当然のものとなる。なぜなら、商品への対価を支払うことができないのだから、サービスを提供する側の「思いやり」次第とならざるを得ないのである。

助け合いや支えあいは、それ自体は決して否定できない尊いものである。しかし否定で

¹⁶⁰ ブラウン（2017）前掲書、142

きないベースとなるのは、助け合いや支えあいが、同じ立場、対等平等であるというベースがあるからである。しかも同じ人間どうしだからではなく、同じ消費者としての立場であるかが求められる。地域共生社会は、実際には「構成員は市場社会における消費者どうしの前提」が覆い隠されている。だからこそ、売買関係ではなく、助け合いや支えあいでの「思いやり」が求められる。

「思いやり」は、本来、社会保障・社会福祉のニーズを充足すべきものを、「できる範囲で」の内容に変えてしまう。必要充足となるべき社会保障や福祉ニーズが商品に変えられたことで、権利要求とはなりえないものとなる。そして「できる範囲で」以上のものがほしいのであれば、自助を鍛える、つまり商品を購入できるだけの経済力を持ちなさい、ということになる。これは、新自由主義社会に適合した思考である。

地域共生社会の実践は、必然的に社会保障・社会福祉の公的責任を後退させ、地域共同体による「思いやり」に依拠したものとなる。しかし、私たちは、消費者である前に主権者である。消費者の保証から主権者のへ保障に思考を切り替えて、「思いやり地域共生社会」へ対抗していかなければならない。地域福祉はつくりかえられ、ガバナンスによって権利をめぐる緊張関係も解除させられている中、どのように人権を回復して、地域共生社会が再興できるのか。

第4節 地域共生社会に対峙する「人権・協同・共同化」を運動に内包する医療生協運動の可能性

1) 「人権・協同・共同化」の対抗軸づくりに向けて

これまでに医療生協運動が対峙する今日の人権、地域共生社会、市場化の状況を概観してきた。①医療生協運動における「人権」、②地域共生社会（「思いやり地域共生社会」）への対峙に向けた医療生協運動における「協同」、③社会保障・社会福祉の市場化への対峙に向けた医療生協運動による「共同化」として概観したが、人権は、経済的主体が人権を持つものとされている状況があり、地域共生社会は、その実、道徳的包摂であって、地域住民へ義務と責任を問う「思いやり」実践あり、社会福祉の固有の権利性は否定され、社会福祉サービスは市場によって購入するものとされていることを見てきた。そして人権、地域共生社会、市場化は、それぞれが新自由主義的な思考が実践となり基盤となっているのであった。こうした新自由主義的な実践や基盤へどのように対峙できるのか。

ここでは、ポランニーの知見を援用し整理して、医療生協運動の可能性と今日の社会情

勢における強固な対抗軸として位置づけを提起する。

これまで概観してきた新自由主義的思考への対抗軸の視点として、ポランニーの指摘は示唆に富む。ポランニーは、「権力と経済的価値決定は社会の現実の基本骨格である」¹⁶¹という。ここでは、ポランニーの『〔新訳〕大転換』と若森みどり（2015）によるポランニーの思想研究をもとにして論点を整理しておく。

ポランニーは、市場経済の拡大はその危険に対抗する社会の自己防衛を引き起こすという。市場社会の形成と発展がつねに、普通の人々の社会的存在に埋め込まれていた共同体的諸制度や非契約的社会関係の崩壊とそれに伴う文化的破局を引き起こすとし、「社会的利害」が市場経済の拡大が相異なる多様な住民階層の、経済的利害ではなく社会的利害を脅かしたために、さまざまな経済的階層に属する人々が無意識的かつ自然発生的に、この脅威に対応しようとする保護主義運動に加わって「社会の自己防衛」となるという。

社会の自己防衛は、政府が市場的方法では解決できないような共同社会の全体的利害を保護する担い手になることを意味し、工場法や社会保険制度などの集産主義的解決方法を生み出したのである。ポランニーが二重運動として見出した市場経済の拡大と社会の自己防衛は、階級的利害や経済的利害ではなく、市場化と産業化の進展によって危機に脅かされた社会的利害を社会的・文化的破局という危機に結び付けて理解して、社会的利害への対応として見出したことに大きな特徴がある。

ポランニーは、「経済を経済的および非経済的諸制度の中に埋め込むとは、人間的共同体の目的を達成するための手段として経済を意図的に従わせる創意工夫を通じて、産業文明を乗り越える道筋を実現していく考え方である（30-1：3）」¹⁶²いい、経済を民主主義に従わせる仕組みづくりの重要性を指摘する。そして「人間を市場から守る必要がどれだけ避けがたく存在しているか」¹⁶³という命題に対して、若森みどりが指摘するように、オウエンの社会主義を社会の現実を受け入れながら自由の観念を固守し、計画と規制による制度改革を通じて社会における苦痛を減らし自由を拡大する方向として支持している¹⁶⁴。つまり、オウエンの考え方である日常的な生活の困難の解決を目指すものであると同時に、人

¹⁶¹ ポランニー、野口建彦・栖原学訳（2009）『〔新訳〕大転換 市場社会の形成と崩壊』東洋経済新報社、465

¹⁶² カール・ポランニー・アーカイブ、30-1（1962）“Biographical Note”（若森みどり（2015）『カール・ポランニーの経済学入門』平凡社新書、221より）

¹⁶³ 若森みどり（2015）『カール・ポランニーの経済学入門』平凡社新書、221

¹⁶⁴ ポランニー（2009）前掲書、467-468

間の性格形成の深層に関わる問題を根本的に解決することを目指す視座に、その対抗策を見出しているのである。

ポランニーは、赤いウイーン¹⁶⁵やイギリスの自由主義的社会改革、そしてアメリカのニューデール政策の諸経験から「市場経済は根本的な民主的改革によって作り直すことが可能である」¹⁶⁶という確信を引き出した。そうした政策を社会主義に見出す。つまり、「社会主義とは、自己調整的市場を意識的に民主主義社会に従属させることによって、自己調整的市場を乗り越えようとする産業文明に内在する性向である」¹⁶⁷として見出したのである。

「ポランニーによれば、人間は完全な自由や共同体を現実の社会で実現することができないという謙虚な認識こそ、社会主義が必要とするものであり、社会制度の不断の改良の原動力となるものである」¹⁶⁸という。このように、ポランニーの思想は、市場社会における対抗的自己防衛の運動や社会的保護についての全体的な理解を可能にするものである。

ポランニーの「経済を民主主義に従わせる」という視座は、「経済>人権」の社会状況に向けたベースとなる思想である。経済に適合するような人権の状況、思いやり地域共生社会、市場化への対抗軸の土台である。さらに、ポランニーは、赤いウイーンやニューデール政策の経験から「市場経済を根本的に民主的改革によって作り直すことは可能である」と主張している。この確信こそ、新自由主義への対抗軸の基軸に据えなければならない。そして何よりも必要なことは、この社会における市場優先社会、つまり新自由主義的合理性を「自分のもの」としている自分に対する気づきである。新自由主義において、自立は大きなイデオロギーであり、かつ自身も毒されているのである。これが何よりも出発点となる。新自由主義は「計画と管理は自由の否定として改変する」¹⁶⁹というが、ポランニーは、「経済を民主主義に従わせる」仕組みづくりこそが求められるというのである。

フーコーが指摘するように、新自由主義的合理性はあらゆる領域に入り込み侵食していることは事実である。しかし、ポランニーは、経済を政治に従わせることができると確信をもって訴える。そのポランニーの確信に向けて、運動として何ができるのか。ポランニ

¹⁶⁵ 「第一次世界大戦後の新生オーストリアは…困難を抱えて苦境に陥っていたが、首都ウイーンだけは「赤いウイーン」と呼ばれる自治体社会民主党市政のもとで福祉、雇用、財政、教育、文化の諸領域で注目すべき改革と成果をもたらした」（田口晃（2008）『ウイーン』岩波書店）もので、「福祉改革は『自己責任と慈善から社会福祉へ』という原則」で実践した経験を指している（若森みどり（2015）前掲書、159-164）。

¹⁶⁶ 若森みどり（2015）前掲書、229

¹⁶⁷ ポランニー（2009）前掲書、418

¹⁶⁸ 若森みどり（2015）前掲書、250

¹⁶⁹ ポランニー（2009）前掲書、463

一は、文化的破局の原因は経済的理由にだけではなく、敗者が「社会的存在として埋め込まれている諸制度」の崩壊にあること、その結果、敗者は努力や犠牲に値する目標を与えてくれる社会的環境を奪われ、自尊心と規範が失われてしまったという¹⁷⁰。さらに、ポランニーが対抗軸として見出したのがオウエンの思想である協同組合である。

こうした文脈から、「人権・協同・共同化」を対抗軸に持つ医療生協運動のあるべき方向を整理してみよう。前章で見たように、道德の教科化は、戦前の教育勅語をもとにした修身の復活という要素も見出せる。そうした道德的実践が地域共生社会の考え方にあるとすれば、それは日本の社会連帯を否定することは難しくなる。日本の社会連帯という戦前の「修身」という道德実践が政策となってしまう。なによりも郡司淳が指摘するように「明日の社会福祉は築きえない」ものになる。ヨーロッパ諸国では道德教育ではなく「シティズンシップ教育」が市民の義務である。その根底には「人権意識」こそを共通認識とする社会がある。そこが日本とは大きく異なる。人権意識を社会の基盤にしていくには、地域を基盤とした人権運動を軸にした「思いやり地域共生社会」と対峙する必要がある。

人権や社会保障の「つくりかえ」の中で、本来、社会的問題として焦点化されるべき問題等が、地域共生社会によって衝突することなく助け合い支えあいで乗り切ることが期待されている。このような地域で起こっていることは、ガバナンスによって緊張関係を解除させられるものではなく、逆に緊張関係を地域住民と自治体とで持つことこそが、運動を進める上で不可欠である。そのためには、住民組織が地域共生社会に向けて異議申し立てをすることは大きな役割と機能を持つことになる。

自助を強いられる住民による、相澤與一のいう「資本主義体制下における労働者（地域住民を含む）の『集団的『自助』』の一つとしての生活の民主的協同化」¹⁷¹は、そうした視座を持つために必要な前提となる。そうした組織を担えるものこそが医療生協運動である。

2) 社会的共通資本としての社会保障・社会福祉＝「社会保障・社会福祉の共同化」へ

ここでは、社会保障・社会福祉の共同化への視座として、改めて「社会的共通資本」としての医療」を整理しながら、宇沢弘文がなぜその視座を導き出したのかを確認しながら、「社会的共通資本としての医療」と健康権との接続を検証する。そうした医療（健康権保障）に向けて諸外国での行政機能をも代替しうる実践例を示しながら、協同組合が地域コ

¹⁷⁰ ポランニー（2009）前掲書、284

¹⁷¹ 相澤與一（1991）『社会保障の基本問題「自助」と社会的保障』未来社、61

コミュニティで果たす役割を検討する。それらを踏まえて、人権保障に担い手としての医療生協運動が、地域包括ケアシステムや地域共生社会への実際的な対抗になりうることを論じ、社会保障の市場化への対抗軸としての医療生協運動の位置づけを検討する。

地域共生社会を再定義する中で、医療生協運動はその一翼を、いや中心的な位置づけを得ていくことになる。進行する消費者主義は、市場化・営利化に正統性を日常実践を通して与える。しかし、前節で概観した通り、「経済＞人権」の意識が形成される中、さらに新自由主義的合理性のもとで人権のつくりかえていく中で、「必要なものは自分で買うもの」とされる社会、社会保障・社会福祉の持つ必要充足の考え方は、単純に消費者ニーズに変換されていってしまう。

医療生協運動は、こうした「消費者＞主権者」の日常実践について、再定義する地域共生社会づくりを通じて主権者としての立ち位置を回復していくことができる日常実践の場としての機能が期待される。

まず検討すべきは、今日の地域共生社会のベースとなっている新自由主義社会における社会保障・社会福祉の市場化への対抗である。強烈な競争を煽りながら経済成長こそが国家としての存在であるがごとく、今日、「強い経済」が叫ばれている。確かに経済なしに生活は成り立たないが、市場至上主義の社会のあり方は、国家間の対立もさることながら、人びとの階級までもつくり格差と貧困を拡げている。

市民社会の形成において、福祉国家は市民と非市民との境界をなくすべく、後者を実質的市民とするための対応を行ってきた。しかし今日、私的所有の多寡によって市民と形式的市民とに区分けされ、後者が非人権的扱いをされていることは述べてきたとおりである。いわば「思いやり地域共生社会」は道徳実践によってそれらを覆い隠すが、生活苦で路頭に迷う人々の実情まで隠し切れないのである。生活苦へのプロセスは、新自由主義的経済政策の結果である。あらゆるものが商品化される新自由主義社会では、医療、介護、福祉などのサービスも商品となる。マルクスは「価値」と「使用価値」とを区別するが¹⁷²、斎藤幸平（2021）は、「富は「使用価値」の論理に支えられ、商品は「価値」の理論で動く」といい、「「使用価値」を無視した効率化は、必要な物やサービスまで削り、あるいは質を低下させて、社会の「富」を貧しくしていく」¹⁷³と指摘する。

¹⁷² 「商品の二要素 使用価値と価値（価値実態、価値の大きさ）マルクス、向坂逸郎訳（1969）『資本論（1）』岩波文庫、67-78

¹⁷³ 斎藤幸平（2021）『100分de名著 カール・マルクス 資本論』NHK出版、33-39

社会福祉の歴史を振り返れば、三浦文夫のニーズ論は社会福祉ニーズを政策的文脈から切り離して、単なるニーズにした。それは、今日の医療・介護サービスの商品化に連なるものであるが、社会福祉ニーズを社会にどう位置づけるべきかは、その社会のあり方を左右するものとなるし、結果としてそうってしまった。ニーズ市場化され、自助で調達できない人たちへは受忍するような道德実践も「思いやり地域共生社会」の背景にはある。

しかし、社会保障・社会福祉ニーズは、人間社会における共同化によって支えられるべきものである。社会保障・社会福祉は商品となつてはいけないものであり、使用価値として位置づくものである。これらは共同化によってこそ管理されるべきものである。共同化、つまり人間社会において使用価値の社会資源としての医療・介護サービスを見出す必要がある。なぜ医療・介護サービスの共同化が必要なのか。

宇沢弘文¹⁷⁴は、「社会的共通資本」という考え方を提示する。「社会的共通資本は究極的には、市場経済制度を中心として、すべての人間活動が行われる場を、よりいっそう広範な社会的、文化的、自然的、制度的環境としてとらえ、それを市場経済制度に投影することによって、経済学的な分析を可能にするためにつくられた概念である」¹⁷⁵という。宇沢弘文は、医療を社会的共通資本として位置づける。宇沢弘文は、アメリカでフリードマンらの反ケインズ経済学の一つである新自由主義経済の非人間性から研究室の袂を分かち、制度主義的経済学の立場から、人間の生活を中心に捉えた経済学理論を見出した。

宇沢弘文の社会的共通資本から、今日の医療や介護が公共財・社会財の位置が危ういこと、それらが新自由主義的合理性にまみれていること、政治が経済をおさえて人間らしさ、人権を経済に優先させる考え方を整理してみよう。

宇沢弘文は、新古典派によるマネタリズムの思想を「虚構」、「机上の空論」として批判し、実態のある市民生活を基盤とした経済学のあり方を模索した。19世紀の新古典派経済理論が席卷した1930年代の大恐慌によって、それまでのケインズ主義経済政策が展開され、生活権の政治思想を導いた。戦後それらの政策は引き継がれていくが、ケインズ主義経済の破綻によって、1970年以降に再び新古典派経済理論の一派である新自由主義的政策が取って代わるようになると、規制緩和による国家介入による市場万能主義が出現し、本来、市場になじまないものまでもが市場での取引を介して配分されるようになる。医療や介護

¹⁷⁴ 宇沢弘文が社会的共通資本の理論を提示したのは、佐々木実（2019）によると1974～1975年になるという。

¹⁷⁵ 宇沢弘文（1994）「社会的共通資本の概念」宇沢弘文・茂木愛一郎編『社会的共通資本 コモンズと都市』東京大学出版会、18

がその代表的なものである。

宇沢弘文は、新自由主義社会に向けて改めて生活権の政治思想というべきものとして社会的共通資本を示した。宇沢弘文は、社会的共通資本を、自然資本、社会的インフラストラクチャー、制度資本の3つのカテゴリーに分類する。社会的共通資本の基本的な考え方として、一人ひとりの人間的尊厳を守り、魂の自治を支え、市民の基本的権利を最大限に維持するために、不可欠な役割を果たし、社会全体にとって共通の財産として社会的な基準に従って管理・運営され、それぞれの国や地域の政治的プロセスを経て決められるものであるという。そもそもこうした考え方は、ポランニーが指摘した二重運動に見る「対抗的な社会の自己防衛」とも重なる視点である。宇沢弘文は、制度派経済学のヴェブレンの知見から、社会的共通資本を見出しているが、ポランニーの二重運動における社会の自己防衛も同じ経済学的知見を同根にしている。つまり、行き過ぎた市場経済、人間無視の経済はあり得ないということである。

さらに、「社会的共通資本の構成要素に関して、その持続的な利用とそこから生み出されるサービスの公正な配分とを実現するためにもっとも効率的な社会的組織とその行動原則が存在する。このような社会的組織の形態は、そのときどきの経済的、社会的、文化的、自然的諸条件との関連において決められる」¹⁷⁶といい、社会的組織による社会的共通資本の公正な配分に資する適正な管理運営を見出す。社会的共通資本として医療・介護サービスを見出せば、それらを公正に配分する適切な運営管理する社会的組織の存在の必要とともに、価値ではなく使用価値としての医療・介護サービスが再定義できる。

社会的共通資本としての医療・介護サービスという問題提起は、現状の医療・介護サービスは新自由主義的政策によって商品化が促進され、「どれだけ売れるものになるか」となっており「営利化した組織体」によって売買されている現状を告発できるものになる。「営利化した組織体」は、決して使用価値としての医療・介護サービスを公正に配分などできないが、市場社会においては、賢い消費者になることで、消費者の求めに応じた商品としての医療・介護サービスが購入できる。これは翁百合（2017）の指摘するとおりである。

社会的共通資本への運営管理への視座の要点は、「社会的組織とその行動原則」である。つまり、営利組織による商品化であってはならない、ということである。社会の富として医療・介護サービスを再認識することは、医療や介護サービスの商品化への疑義、つまり

¹⁷⁶ 宇沢弘文（1994）前掲書、17

価値の追求という資本主義において「手を付けてはいけない領域」を営利組織が囲い込んで資本を増やしている状況に対峙することである。斎藤幸平（2021）は、「誰もがアクセスできるコモン（みんなの共有財産）だった「富」が資本によって独占され、貨幣を介した交換の対象、「商品」となる」¹⁷⁷という。例えば、介護サービスは、現状は介護報酬によって価格表示された貨幣を介した商品と見出せるが、介護保険制度発足以前は、措置制度として機能したコモンであったとも解せる。医療サービスも実践的に低所得者を包含した国民皆保険体制が機能していればまさにコモンである。

社会的共通資本への「社会的組織とその行動原則」とは、言い換えれば、社会保障・社会福祉の共同化に向けた実践である。共同化の内実は、つまり「非営利の組織体による富の配分」と解せる。新自由主義的政策によって、医療・介護サービスの商品化が促進され、営利組織によって売買されている現状は、宇沢弘文のいう社会的共通資本の「持続的な利用とそこから生み出されるサービスの公正な配分とを実現」には程遠い。

社会保障・社会福祉の共同化は、社会的共通資本としての医療・介護サービスを再認識し、社会保障・社会福祉の管理運営における「非営利の組織体による富の配分」を志向するのである。

社会的共通資本という考え方は、マルクスの知見におけるコモンにも通じている。ネグリ＝ハート（2001）は新自由主義体制を＜帝国＞に見立て、グローバルな新自由主義への対抗にマルチチュード¹⁷⁸を打ち立てるが、そこではコモン、ネグリ＝ハートのいう＜共＞をいかにつくるかが焦点であり、ネグリ＝ハートは「＜共＞の生産」に今日の新自由主義体制への打開を見出している。例えば、民営化イデオロギーへの対決として、①「すべては市場によって決まる」という新自由主義の原理の虚構性を明らかにすること、②「一般の利益」や「公共の利益」という概念を、これらの財やサービスの管理運営への共同参加を可能にする枠組みと置き換えること、をあげる¹⁷⁹。

斎藤幸平（2020）は、新自由主義による「民営化」から、コモンを取り戻す「市民営化」

¹⁷⁷ 斎藤幸平（2021）前掲書、21

¹⁷⁸ マルチチュードとは、ネグリ＝ハートが見出した「＜帝国＞の秩序と権力に抗するデモクラシーの運動」である。「マルチチュードという概念が、国民国家の枠内で単一かつ均一な同一性として指定されてきた「人民」や「国民」という概念とは区別される多数多様性を指示しているという点にあり、さらにそれがたんに集合体としての人間の多元的性格の指摘に留まるものではなく、能動的な社会的行為体、つまり特異かつ集合的な主体性をも意味する」ものである。アントニオ・ネグリ、マイケル・ハート、水嶋一憲ほか訳（2003）『＜帝国＞グローバル化の世界秩序とマルチチュードの可能性』以文社、514-515

¹⁷⁹ アントニオ・ネグリ、マイケル・ハート、幾島幸子訳、水嶋一憲・市田良彦監訳（2005）『マルチチュード〔下〕＜帝国＞現代の戦争と民主主義』NHK 出版、38-41

を見出しているが、社会保障・社会福祉の共同化に向けた視座として示唆に富む。新自由主義は、社会のあらゆる関係を商品化し、相互扶助の関係性を貨幣・商品関係に置き換えてきたという現実、「市民営化」という共同化の実践で対峙することで現状の打開を見出すのである。

共同化という実践は、医療生協運動が示してきた実践である。それは、健康の自己主権・健康権を基軸にしたものであり、医療・介護サービスを商品ではなく、医療・介護サービス提供者と患者・利用者による共同生産サービス、つまり「共同の営み・共同生産」として位置づけによる実践である。社会保障・社会福祉の共同化は、社会保障・社会福祉の市場化を否定し、貨幣・商品関係ではない、医療・介護サービスの共同の営み・共同生産によって再構築を目指すものなのである。

3) 地域共生社会への対抗 人権・協同・共同化を基軸とする医療生協運動に向けて

ここでは、地域共生社会への対抗軸となる医療生協運動における①健康の自己主権・健康権の医療生協運動、②医療・介護サービス資源の管理主体としての医療生協運動、③民主主義の学校としての医療生協運動の3つの要点を整理して、地域共生社会への対抗軸として「人権・協同・共同化」を基軸にする医療生協運動を提起する。

①健康の自己主権・健康権について

医療生協運動において健康の自己主権・健康権はその運動の基軸となるものである。今日、健康増進法において「国民の責務としての健康」が位置づけられ、病気や怪我になった人は、その人の自己責任であるかのような倒錯した健康観がある。医療生協運動は、健康の自己主権について、「権利として取り戻す」という主体的側面を見出し、地域住民のすべての人たちが医療保障をうけるべく協同して組織をつくって社会権的視座を持って運動を進めたのが医療生協運動である。健康の自己主権は、国民の身体为国家管理としての健康観から、主権者である自らの手に健康を取り戻す位置づけを明確にし、「権利実現の主権者」の位置を鮮明する。「国民の責務としての健康」ではなく、「国家の責務としての健康」を主権者として取り戻すというのがその立ち位置である。さらに「国民の責務としての健康」への視座は、社会福祉法の改正による「地域住民の責務としての地域福祉」にも重なる。「地域住民の責務としての地域福祉」は今日の地域共生社会へ直結する。これらに共通するのは自己責任である。「国家の責務としての健康」、「国家の責任としての地域福祉」を

取り戻すには、自己主権の運動、つまり人権運動が必要である。健康の自己主権・健康権は、国家の責務としての健康を主権者として取り戻す、要求するものであり、医療生協運動の大きな基軸の一つなのである。

②医療・介護サービス資源の管理主体としての医療生協運動

社会保障・社会福祉の共同化として、社会的共通資本としての医療・介護サービスを提起した。その際に、社会的共通資本の運営管理には「社会的組織とその行動原則」があり、「非営利の組織体による富の分配」の必要性を見出した。宇沢弘文（2000）は、社会的共通資本の管理について民主的な社会組織と専門的集団を想定しての運営管理をとらえる。その代表的なものが自治体であるという。だが、自治体が「民営化」と称して入札により安い民間企業へ委託し、本来あるべき民主的な社会組織と専門的集団による管理運営ではなくなりつつある。形は確かに公的名称であっても、内実は民間企業による委託であり、公的サービスの質の低下は否めない。

医療生協は、地域住民をその構成メンバーとしている。見方を変えれば、医療生協運動は、住民主体の地域福祉を代替する可能性を秘めているし、実践からは、代替可能性を示唆している。行政の代替を住民主体（組合員主体）で再構築しうる事業と運動の方向性が見出せる。「社会的共通資本を維持管理する主体」としての医療生協の事業と運動である。

医療生協を地域組織体として再度位置づけるに際して、イタリアや韓国にみられる社会的協同組合・コミュニティ協同組合の議論は大変有用であり、日本における地域基盤の社会的組織のあり方を方向付けるのに役立つものである。

国際協同組合（ICA）は、結成から幾度の改正を経て、協同組合原則を打ち立てている¹⁸⁰。田中夏子（2019）は、イタリア社会的協同組合がなぜ「一般的利益」に関与するか検討した。一般的利益とは市民社会における公権力が市民の権利や、企業活動の自由を抑制する際の根拠として使用されてきたものであるが、「連帯、社会的結束、地域の均衡若しくは環境保護といった諸価値の表明」として解釈されるという。協同組合の文脈から見れば、公益性ではなく広く公益性をもつ概念となるものである。

その一般的利益を、なぜイタリアにおいては、社会的協同組合へ援用したのか。田中夏

¹⁸⁰ 協同組合原則の変遷については、日本協同組合学会訳編（2000）『21世紀の協同組合原則 ICA アイデンティティ声明と宣言』日本。経済評論社、2012年国際協同組合同年全実行委員会編著（2012）『協同組合憲章〔草案〕がめざすもの』家の光協会に詳しい

子は、「直接的な思想の源泉は1981年の回勅にある「コミュニティの共同利益」の探求の促しが考えられ」、「カトリック系協同組合陣営は、この回勅に沿って、その名称も「社会的連帯協同組合」とし「組合員であるなしに関わらず、社会的に不利益を被っている人々の人間としての発展と社会参加の保障を目的にする」ことを見出した」という。ここに地域で組合員であるなしに関わらず地域住民であること、さらに「排除を生み出す社会構造に介入、つまり、あらゆる人々にとっての、排除リスクに対する予防措置機能こそが、社会的協同組合における「一般的利益」の最も重要な趣旨と考える」¹⁸¹と述べる。「排除を生み出す社会構造への介入」こそが社会的協同組合の意義なのである。

さて、筆者は、「生協法による事業と活動を行う医療生協」と、「社会的協同組合としての医療生協」との差異については、無低診実践を十分条件として提案した。それは医療における社会的排除の構造への介入そのもの、つまり、市場社会で排除された人々への受療権保障であるからである。

医療・介護サービスを社会的共通資本として見出せば、その管理運営は民主的組織によってなされなければならない。医療生協は、その条件を十分に満たすことにもなる。さらに医療生協は、単純に生協法上の共益組織ではない。医療生協を社会的協同組合として再定義することは、住民主体の地域福祉を代替する可能性を見出せるのである。

また、医療生協の地域住民の自治組織としての立ち位置はどのような可能性を持つのか。これは、例えば、医療と住民運動の先駆的实践であった沢内村の事例¹⁸²から、医療生協運動が社会的協同組合として、どのように地域で役割を果たしていけるのか検討しうるものとなる。

小川政亮（1973）は、「健康権の主体たる人々―労働者、住民、患者、など―が健康権保障にかかわる制度や機構の管理、運営に主体的にかかわることができなければ、所詮は健康権も守れないことになってしまう」¹⁸³といい、「行政民主化の要求」として健康に向けて自らが参加することの大切さを明示している。行政民主化を要求しながら、行政にそれら

¹⁸¹ 田中夏子（2019）「コミュニティ協同組合を考える①イタリアの社会的協同組合及びコミュニティ協同組合における一般利益とは何か～協同組合「第7原則」との関連を踏まえて～」『協同の発見』No. 323, 62-71

¹⁸² 沢内村における行政と住民とが一体となって健康権を保障する取り組みについては、井上英夫（2018）「住み続ける権利と地域包括ケア―沢内村に学ぶ」『国民医療』No. 344、高橋典成・高橋和子、大阪社会保障推進協議会企画（2019）『今と未来に生きる生命尊重行政 沢内村（元西和賀町）が教えてくれること』日本機関紙出版センターに詳しい。

¹⁸³ 小川政亮（1973）「健康権と社会保障」『公衆衛生』Vol. 37, No. 1, 30

が受けられなくとも、健康権の主体たる人々の協同をつくり、さらに医療への要求にこたえようと組織化し運動を進め、健康権を育もうと協同の力で対応したのが医療生協運動である。

医療生協は、生協法によって、その立ち位置は地域を基盤とする。NPO やソーシャルビジネスなどさまざまな社会的セクターが存在しているが、それらは、決して政府批判をしないのは、既述のとおりである。「子ども食堂」の実践や被災地支援活動の実践などは、困難を抱える当事者にとってありがたい存在である。対人サービスとしての機能はあっても、ソーシャルアクションとしての視座は、「新自由主義的合理性としてのガバナンス」によって衝突をさけられてしまう¹⁸⁴。本来は、子どもの貧困問題解決は、広がる格差と貧困という社会構造の問題である。社会的セクターは「緩衝材」として位置づいてしまっている。

医療生協運動は、決して緩衝材ではなく、地域に基盤を持つ人権運動として対峙することを志向する。こうした医療生協であるがゆえに「社会的協同組合としての医療生協」の立ち位置は、宇沢弘文の指摘する社会的共通資本を管理・運営する社会的組織の一形態としても措定できるものである。

③「民主主義の学校」としての医療生協運動

篠崎次男（1992）は、医療生協運動の特徴としての根っこにあるものとして「人々を信頼するという一途さ」を上げている。「沢山の人々の運動への参加を促すには、組織の運営の徹底的な民主化が必要」¹⁸⁵で、それを法的にも根拠を与えながら形作るものが生協であったという。また、大日方悦夫（2018）は、民主的な考え方は学習とともに体験によって培われるとして、戦時中の満州への分村移民を拒否した村長であった佐々木忠綱の、彼が若い時に「自由大学」で学んだという体験・経験が、いのちや暮らしをどう守っていくべきなのか判断させたものとなったと指摘する。

戦後民主主義によって生まれた生協法による医療生協の運営は、例えば、議決権が1人1票などに代表されるように民主的なルールが徹底されてきた。民主的な組織体の運営として生協法人を選択したこともこれまで述べてきたとおりである。このように、制度上において民主主義の実践が求められたのが生協なのである。

¹⁸⁴ ブラウン（2007）、渡辺寛人（2019）を参照のこと

¹⁸⁵ 篠崎次男（1992）前掲書、184-194

だが、民主主義の学校としての医療生協運動において、生協法上の運営だけをもってそれを示すものではない。それは、協同組合運動がどのような社会状況において生まれ、何を期待されてきたのかを学び、実践する場としても機能することを意味している。

協同組合運動は、19世紀初頭にオウエンによって産業資本家が利潤第一主義の工場経営を行う中で労働時間の短縮、労働環境の改善だけではなく、各種の教育・学習活動による知的文化的向上、消費物資の一括購入による生活の改善など生活・福祉全般にわたりさまざまな改革改善を提唱して実践し、いち早く資本主義社会の中で人間復興を唱えて、その打開に向けて協同組合を見出したものである。こうしたオウエンによる考え方を評価したのが、ポランニーである。ポランニーは、オウエンの協同組合の中に文化的破局への対応、なにより民主主義への具体的実践の模索を見出すのである。

ポランニーは、こうした協同組合運動、オウエン的社会主義について、社会の現実を受け入れながら自由の観念を固守し、計画と規制による制度改革を通じて社会における苦痛を減らし自由を拡大する方向として支持する。

若森みどり（2015）は、ポランニーの社会認識のキーワードは「社会の現実」であるといい、経済的自由主義から世論と政治領域を「取り戻す」ためには、①産業社会は権力と経済的価値の機能を必要とする、②これらの強制力は人々の意思や願望によって形成されたのではなく、行為や選択を意図せざる結果として生じたものである、③人々にできることは、権力や経済的価値をできるだけ害のない形態にし、強制力によってもたらされる苦難や負担やコストを分かち合う連帯のシステムをつくることの3つ点を理解しなければならない、という。

ポランニーは、「経済を民主主義に従わせる仕組みづくり」の必要性を説く。その方策として社会主義をあげるが、「社会主義とは、自己調整的市場を意識的に民主主義社会に従属させることによって自己調節的市場を超克しようとする産業文明に内在する性向である」と定義した。社会主義というと国家としての社会主義体制を思い起こすが、それは本来の社会主義ではない。ポランニーは、オウエンによる協同組合にも注目して、そうした協同組合の実践が、民主主義を地に足つかせた実践として見出すのである。

ポランニーは、市場経済は民主的改革によって根本的に作り直すことが可能であると力説する。「経済を民主主義に従わせる」ことは、今日の社会状況を鑑みるとどうだろうか。フーコーは、経済を政治で抑えることはできず、経済が政治に従わせているとし、それをもとにブラウンは「新自由主義的合理性」を見出して今日のあらゆる場面においてそうし

た思考が張り巡らされていることをいう。

ポランニーも「権力と経済的価値は社会の現実の基本的骨格である」と指摘しているように、フーコーの指摘する点を踏まえている。フーコーは、こうした現実を詳細に分析して指摘するものの、対抗や抵抗を明確に述べてはいないが、ポランニーは、経済を民主主義に従わせることこそが、対抗や抵抗となることを示す。さらにその一助として、オウエンによる協同組合思想を対抗や抵抗として位置づけるのである。

医療生協運動における民主主義の学校では、フーコーもポランニーも指摘しているように、「経済＞人権」の状況、新自由主義的合理性への気づきを学ぶ場となる。新自由的合理性が各人に内面化されていると自覚できるからこそ、参加型社会主義という発想も生まれてくる。新自由主義への対抗は、社会生活の中で内面化された新自由主義的合理性、新自由主義的思考への気づきがなければならない。

新自由主義によって個別分断化された社会は、個人にあらゆるものが還元されていく。私的所有の多寡や能力の有無はその結果になりかねない。これらへ「能力の共同性」という発想をもとに対峙して、まるで空気のような新自由主義的合理性を追求しかねない社会状況を引き受けた上で、医療生協運動を「能力の共同性」への視座の学びの場とすることができるのである。学習する組織でもある医療生協が「民主主義の学校」として地域における社会教育・生涯学習に資する可能性を持つのである。

このように医療生協運動において、民主主義の実践とは、生協法の実際の運用運営管理とともに、「経済を民主主義に従わせる」というポランニーの思想をもとにした、新自由主義への対抗としての運動実践と位置づけることができよう。

ここでは、地域共生社会への対抗軸となる医療生協運動における①健康の自己主権・健康権の医療生協運動、②医療・介護サービス資源の管理主体としての医療生協運動、③民主主義の学校としての医療生協運動の3つの要点を整理して、地域共生社会への対抗軸として「人権・協同・共同化」を基軸にする医療生協運動を提起した。

今日の国策である地域共生社会の内実は、虚構に満ち溢れ、格差や貧困を覆い隠すだけに過ぎない。「思いやり」では社会は変わらない。「思いやり」ではなく、人権を基軸とした運動を通じて、「人権・協同・共同化」で地域共生社会へ対抗していく。医療生協運動求められる視座は、歴史的に医療生協運動が培ってきたものであり、医療生協運動を再整理する中で、さらなる確信をもって対峙しなければならない。

なによりも必要な視座は、「思いやり」ではなく、人権なのである。人権を基にするからこそ「社会的排除への介入」ができる。医療・介護サービスの共同の営み・共同生産を通じて社会的排除と闘うスタイルは、生協の枠組みを超えた「地域性・人権性を志向する事業と運動」の性格を持つ医療生協運動の要でもある。

かくして地域共生社会への対応軸としての「人権・協同・共同化」の医療生協運動を打ち立てるのである。

終章

第1章 本論文での結論

本論文では、第1章から第5章にわたって、医療生協の事業と運動について、①医療生協とはどんな組織体なのか、②医療・介護サービスとは何か、あるべき社会保障を考える視座として、③「思いやり」によって人権が後景に退くのはなぜか、主にこれら3つの問題意識をもって検討してきた。各章においてそれぞれの結論を導いているが、総括的にここでは、これらの3つの問題意識への結論をまとめておきたい。

1) 「3つの問題意識」への結論

医療生協とはどんな組織体なのか。第1章から第3章を中心に、医療生協論を検討してきた。医療生協の出自は、戦後の生協法であり、共益組織でありながら医療という公益性のあるサービスを地域に届ける役割を担っていた。医療生協は、共益性を追求し、かつ公益性も同時に追求するという矛盾した組織体であるが、だからこそ、地域住民を「潜在的組合員」と位置づけて、健康の自己主権、健康権を地域社会に根づかせる人権運動としての組織体であることが見出せた。新自由主義が席卷し、格差と貧困の拡大する社会情勢のもとで、健康の自己主権、健康権とともに、生存権保障に資するための事業活動としての無料低額診療事業の実施は、本来は行政が果たすべきことを補充代替するとともに、行政に向けて人権運動としての役割・機能を持つことも示した。こうした補充代替的な社会福祉事業を行いつつ、事業と並行して人権確立の運動を行うのは、医療生協の組織的特徴から見出せし、さらに社会的協同組合としての医療生協の位置づけ、医療・介護サービスを社会的共通資本と見出すことで、それらを共同で管理運営する専門的組織としての側面も期待できることも示した。

地域を基盤とした共益性と公益性を兼ね備えた医療生協という組織体は、地域における公益性をもった事業を活動とともに、人権に根差した運動を展開するがゆえに、新自由主義的政策とは真正面から対峙できる。これは、ソーシャルビジネスなどが国や自治体との対決を回避するのとは大きく異なる視点である。医療生協は、地域と人権を基盤にするからこそ、「事業と運動」としての視座を持つことができる。それらは、「思いやり」や「事業と活動」への対抗軸を示すことができるのである。

医療・介護サービスとは何か、あるべき社会保障の視座については、医療生協の組織的

特徴の第4番目として見出した「共同の営み・共同生産」に着目して医療・介護サービス再整理を行った。市場経済社会において、私たちは「賢い消費者」であることが求められる。確かに、商品を購入する際に、消費者である私たちにとって、どのように有用なのか考える力は必要だろう。実際、「医療の質が異なっている、同一の診療報酬である」という医療サービスを問う場合、医療者による丁寧な説明や治療内容、さらに接遇などの対応に力点を置く、患者というよりも「医療消費者」として購入するという形である。医師と患者における非対称性を、医療供給者と医療消費者に置き換えて「賢い消費者」とするのが、今の医療サービスを取り巻く現状である。医療生協が運動として医療サービスへの参画したのは、「賢い医療消費者」としての視座ではない。篠崎次男のいう「医療者との一体化」であり、医療者、患者がともに信頼をもって、医療・介護サービスを共同の営み・共同生産としていくものであった。医療・介護サービスへの対価としての一部負担金の支払いは、日常的に医療・介護サービスを「商品」としてしまう。医療生協運動が見出した「医療者との一体化」は、医療・介護サービスの共同の営み・共同生産を示す図式である。そもそもの英語の service が持つ意味からも、それらは見出せるものでもあった。

また、社会保障への視座については、新自由主義的体制のもとで「つくりかえ」が行われていることを示した。＜人権＞は、経済的主体者への特権であり、逆に「思いやり」によって恩恵としても機能していた。社会保障は、「公助」に置き換えられ、「公が最後に助ける」ものに改変され、公的責任が希釈された。市民社会論の知見から、そもそも「非市民／市民」との区分けを政治によって「実質的市民・市民」として再定義してきた歴史的経過があるにもかかわらず、政治が後景に退き、新自由主義政策によって「形式的市民／市民」に再編され、社会保障ではなく「思いやり地域共生社会」が「形式的市民」を捕捉する形であった。「人権としての社会保障」の再定義に向けた運動の必要性を提起し、医療生協の事業と運動の実践が、「能力の共同性」を育む協同を形づくる人権運動となることも整理した。

「思いやり」を否定できる人間はない。しかし、国が「思いやり」「支えあい」「助け合い」などの美辞麗句を並べるのは、別の意図があるはずである。社会保障・社会福祉における「思いやり」「支えあい」「助け合い」には、その裏を読まなければならない。ここには、公的責任を回避し、地域住民による責任所在という回路とともに、「思いやり」に見出せる道徳的实践への誘導があった。家庭や地域という日本的共同体意識への喚起であり、それらには、池本美和子のいう道徳的規範としての社会連帯、郡司淳のいう国民動員のイ

デオロジーと重なることも示した。学校教育において道徳科や公民科公共は教科として教えられており、地域共生社会の内実は、道徳的实践、つまり「思いやり地域共生社会」であった。「思いやり地域共生社会」は、道徳、日本の社会連帯、そして市場化がキーワードである。「思いやり」が人権問題を道徳的課題、つまり、個人の心の問題へと改変することは、池田賢市が示したとおりである。人権が社会構造の問題を指摘するのに対し、道徳はあくまでもその個人の内心に留まる。「道徳と人権とは似ているようで全く違う」のである。

「思いやり」では社会構造によって生じる問題は解決できない。格差や貧困の問題は社会構造の問題であり、個人の内心の問題ではないのである。

本論では、こうした「思いやり地域共生社会」への対抗として、医療生協運動が持つ「人権・協同・共同化」を打ち立てた。地域共生社会の本質を見抜き、それらを認識した上で地域の協同をつくり、医療・介護サービスの市場化ではなく、共同化を目指すものであり、先陣を切ってそれらへ対峙、対抗できるのが、地域を基盤として地域住民を組織し公益性を追求できる医療生協運動であると示した。

2) 本研究から得られた新たな知見、オリジナル性について

3つの問題意識への結論を経た上で、本研究から得ることができた新たな知見、オリジナル性について以下に4点をあげる。

①「医療生協の事業と運動」の基本的性格を明確化したこと

「医療生協とは何か」という問題に対して先行研究を踏まえながら、本研究では医療生協の基本的性格について再定義を行った。つまり、A) 医療生協は組合員による共同所有の組織である、B) 医療生協は組合員による共同意思決定の組織である、C) 医療生協は組合員による自治の組織であるという先行研究の知見を踏まえ、医療生協の基本的性格を導く、D) 医療生協は組合員による共同の営み・共同生産サービスを提供する組織、を加えることで、医療・介護サービス提供者である職員組合員と患者や利用者である地域組合員との共同の営み・共同生産として再定義することで、今日の社会保障・社会福祉の市場化への対抗しうる拠りどころとして位置づけた。さらに、こうした共同の営み・共同生産の視座が、医療生協を地域組合員である地域住民の運動として組織し、さまざまな医療・介護サービスなどの要求運動から、まちづくり運動へと発展させることができたのである。

尼崎医療生協運動史を概観したが、尼崎医療生協では、医療者ともに地域組合員の医療

要求を運動とする社会保障闘争運動から、地域組合員である地域住民が先頭に立つまちづくり運動として再定義した運動を進めた。これは、「医療生協の事業と運動」における基本的性格を体現してきた一例である。地域組合員主導のまちづくり運動は、大きな医療・介護サービス施設の建設運動ともに、社会保障闘争運動の歴史も引き継ぎながら、生協法人初の無料低額診療事業実施という画期を切り拓いた。まちづくり運動は、単に建設運動や健康づくり運動の要素をもつだけではなく、社会保障闘争運動として医療生協の事業を、いかに開拓するかという、医療生協運動が社会福祉理論、社会事業の補充・代替論の主体となり、社会政策を促すことにもつながったのである。これは、健康権・人権運動の担い手として、社会保障・社会福祉の市場化の対抗軸にも位置づけられ、社会権運動としての事業の実践という運動の要素も内包するものであった。無料低額診療事業の実施という経済的弱者の「社会的排除への介入」は、「社会的協同組合としての医療生協」の十分条件であることも提案した。

後段で、地域共生社会への対峙に向けて「人権・協同・共同化」での対抗軸を構想したが、それらは「医療生協の事業と運動」が内包する重要な構成要素でもあった。人権と協同は、医療生協運動の基軸をなし、医療生協の事業への視座である共同化は「共同の営み・共同生産」そのものである。

このように本研究では、「医療生協の事業と運動」の基本的性格を明確にしたが、医療生協研究が少ない中で、医療生協の基本的性格の提示は、今後の医療生協研究に大きく資するものとなるともに、実践されている医療生協の事業と運動に向けた指針ともなりうるものである。

②新自由主義的合理性を内面化した「医療生協の事業と活動」という現状への問題提起

上述したように、医療生協の基本的性格を明確にしたものの、現局面において「医療生協の事業と運動」は、問題を孕み矛盾を抱えている。本研究では、医療生協による医療生協の組織的特徴への検討もなく無条件に導入している ISO 規格導入を批判した。ISO 規格は、品質保証や顧客満足などの指標をもとに、医療・介護サービスの質を可視化するものであるが、これらは、医療生協の基本的性格である医療・介護サービスの共同の営み・共同生産を否定し、医療・介護サービスの商品化に加担するものである。医療生協において「顧客」は存在しないはずである。医療・介護サービスの質を客観的に測る尺度として ISO 規格に頼ることや、さらに「介護サービスの質を上げるために「加算」を取る」などの対

応が見受けられるが、対応として必要に迫られることは解るものの、しかし、何の疑いもなくそれらを受け止めることには、危機意識を持つべきである。ISO 規格は、まさに新自由主義的ツールであり、ISO 規格導入は、医療生協にとって、ブラウン (2017) のいう「トロイの木馬」になりかねない危惧を提示した。しかし、実践者が「トロイの木馬」と気づかない可能性の方が高い。それこそ、ブラウンが指摘する「新自由主義的合理性」なのである。なんの疑いもなく ISO 規格を受け入れ、「加算」を取る行為がどのような考えのもとで行われているか再考すべきである。

また、医療福祉生協連は、「医療生協の事業と運動」を「医療生協の事業と活動」として再定義したと指摘したが、本研究では、この論点整理した上で「事業と運動」の重要性を再整理して批判した。「運動」と「活動」とは意味が全く違う。厚生労働省 (2017) は、地域共生社会の実現に向けて、生活協同組合の先駆的事例紹介において、「生協の「事業」と「組合員活動」について」、「生協の「事業」とは、生協法の規定に基づき各生協の定款に定められ、組合員を中心に利用されるものである」、「生協の「組合員活動」とは、生協法上の規定に基づく事業とは異なり、組合員有志による任意の助け合い活動等として行われるものである」と定義したが、医療福祉生協連が「事業と活動」を使うのは、厚生労働省への付度よりも「新自由主義的合理性」によるものである。昨今気になるのは、生協法の条文改正等が、会社法と連動して行われていることである。会社法の延長上に生協法が位置づけられている現状を直視し、運動がどう対応すべきか考えることも必要になる時がくるだろう。

③学校教育における道德教育、道德科や公民科（公共）と地域共生社会との接合や連続性を見出したこと

「地域共生社会とは、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を共に創っていく社会」である（厚生労働省 2015）。地域共生社会を概観する前段として、地域福祉及び日本的社会連帯を検討したが、そこでは、「道德的規範としての社会連帯」（池本美和子 2005）や、「隣保相扶は国民を戦争に動員するためのイデオロギー」（郡司淳 2004）を見出し、さらに「道德的包摂」（景井充 2009）、「国家主義 β」（中嶋哲彦 2020）との接続を検討した。

こうした議論をもとに、「我が事丸ごと地域共生社会」における「我が事丸ごと」とは、

＜私＞である「我」、個人を捨てて、＜公＞としての「我が事」である「私たち（みんな）」への転換を意図するものであり、「世間」による包摂実践である地域共生社会は、今日における「経済＞人権」という新自由主義社会を覆い隠す道徳的包摂として機能し、強者には「（弱者への）思いやり」を、弱者には「自己責任」の図式を見出だした。

さらに、地域共生社会をつらぬくものとして「道徳」を捉え、学校教育が推し進める道徳観をもって、住民どうしの自己完結しうる仕組みと仮定し、法的拘束力を持つ中学校道徳科および高等学校公民科（公共）学習指導要領解説から、地域共生社会と道徳科、公民科（公共）との接合や連続性を検討した。

そこには、義務や責任を学ぶこと、さらに「在り方生き方」は定まったものであって「従うべきもの」であった。人権への視点はなく、市場社会における「権利」を示すだけであった。道徳科や公民科公共は、地域共生社会の理念と重なり、＜公＞としての「我が事」である「私たち（みんな）」へ転換するその連続性を確認でき、それは「思いやり」「支えあい」「助け合い」を命令し、人びとの責任や義務として位置づけるものであった。

いわば「思いやり地域共生社会」に向けて、学校教育が果たす役割は大きく、学校知だけの道徳実践が、地域共生社会の実践によって日常知となる連続性が見出せたことは、地域共生社会の本質である「働けない者を、社会保障を使わないで支える仕組み」（横山壽一 2021）という内実を示すものとして位置づけられる。また、「「意味づけを変えた「相互扶助」」で地域統合を成し遂げて国民を掌握しうる」という地域共生社会への疑義、「近代国家の相互扶助として営まれようとした「隣保相扶」の歴史的固有性の究明なくして、明日の社会福祉は築きえない」（郡司淳 2004）ことへ、国家による相互扶助の現代版である地域共生社会についての固有性の究明に向けた一助になるものである。さらに地域共生社会の文脈における医療生協運動の立ち位置についても「完全に各々の自由のための民主的協同であり、何等の強制なき連帯」（長倉司郎 1947）から再考すべきことも確認できた。

④新自由主義への対抗軸として運動論の提起：「医療・介護サービスの「共同の営み・共同生産」」の視座から

本論では、新自由主義を覆い隠す地域共生社会への対抗軸として「人権・協同・共同化」を掲げた医療生協運動を位置づけた。医療生協の基本的性格をもって「社会の現実」に向き合うとは、その「社会の現実」がどのようなものであるか正確に捉えねばならない。今日の社会の現実とは、「権力と経済的価値は社会の現実の基本的骨格である」（ポランニー）

の状況である。つまり、「経済＞人権」であり、経済が政治を従わせている社会である。こうした社会では、医療・介護サービスは商品として扱われ、市場社会での売買行為がそのまま医療・介護サービスにおいて実践される。医療・介護サービスは共同の営み・共同生産によって担われるべきものだが、日常的な売買行為によって、実感として共同の営み・共同生産として捉えられなくなりつつある。

医療生協の独自性は、医療・介護サービスを地域組合員と職員組合員との「共同の営み・共同生産」によって「つくりあげていく」ことにある。つまり、提供者利用者による一方的な権利義務の履行ではないのである。こうした実践は、医療・介護の市場化への大きな対抗軸となるだけではなく、新自由主義的合理性への大きな気づきとともに、そこから人権としての医療・介護サービスのあり方に向けた実践が可能となる視座を持った新自由主義への対抗軸となる。この独自性は、他の組織ができないことである。ポランニーは、「経済を民主主義に従わせる仕組みづくり」を説き、その一方策として、オウエンによる協同組合思想を対抗や抵抗として位置づけたのであった。

医療生協運動における民主主義の学校、つまり実践では、新自由主義的合理性への気づきを学ぶ場となる。新自由的合理性の内面化を自覚し、「経済を民主主義に従わせる」ための人権・協同の医療生協運動とともに、市場化への対抗としての共同の営み・共同生産として医療・介護サービスのあり方を運動として見出し実践していくことが必要である。本論では、新自由主義を覆い隠す地域共生社会に向けて、医療生協運動への確固たる理論的支柱として運動の必要性を提起した。新自由主義への対抗軸として医療生協運動は有効であることを示した。

このように3つの問題意識への結論とともに、本研究から得られた新たな知見、オリジナル性として4つの論点が見出せるのである。

第2節 残された課題

医療生協という組織体への社会の関心はそう高くはない。購買生協については名前こそ知られているものの、実際に生協とスーパーマーケットの違いも傍目からはわからなくなっているし、生協で働く職員も、生協職員というよりも流通小売の会社員との認識が強いだろう。医療生協もそこで働く職員が医療生協職員である以前に、医療従事者との認識が強い。

2020年、医療福祉生協連は、日本生協連から独立して連合会を結成して10年を迎えた。

医療・介護サービスを担う事業と運動の生協組織は、単に事業活動として医療や介護事業を運営するだけではなく、地域を基盤とした地域の組合員活動が一体となっているのが大きな特徴である。これまで検討してきたように、国策の地域共生社会の中に、当然ながら医療生協、生協も位置づけられる。厚生労働省が生協の先進的な取り組みを紹介する中で、「事業と活動」を定義づけたことも見てきたとおりである。しかし、厚生労働省が取り上げたからといって、それらの実践が先進的なものかといえ、そうとも限らない。医療生協の組織的特徴や歴史的変遷から、何よりも地域住民の自治、協同による事業と運動が模索されるべきである。「思いやり」「支えあい」「助け合い」という言葉に惑わされることなく、人権を基軸において自らの実践をつくりあげていくことで、道徳的实践とは一線を引いて対峙しなければいけない。私たちは、道徳的な美辞麗句に対して抵抗がない。美辞麗句を使わなくとも、実践をもって対峙していく構えをどうつくるかが課題となるだろう。そして地域づくり、組織化という課題もある。そうした課題に意識的に注力できるのが「職員組合員」のはずである。

医療生協の事業と運動は、今日の社会情勢のもとでの大きな対抗力や突破力などの可能性を十分に持つ。「人権・協同・共同化」は、医療生協の事業と運動のベースであり、それらを堅持することが将来への道を切り拓くものなのである。

<参考文献一覧>

- 相澤與一（1991）『社会保障の基本問題「自助」と社会的保障』未来社
- 相澤與一編（2002）『社会保障構造改革 今こそ生存権保障を』大月書店
- 阿川千尋（2017）「無料低額診療事業の歴史的検討」日本女子大学人間社会研究科紀要第23号
- 浅井純二（2010）「医療生活協同組合組織化の史的考察－伊勢湾台風被災地の名古屋市南区南部の事例から－」『社会福祉学』第50巻第4号
- 浅井春夫（1999）『社会福祉基礎構造改革でどうなる日本の福祉』日本評論社
- 浅井春夫（2001）「措置制度と公的責任論－保育・児童福祉分野での論争を中心に－」立教大学コミュニティ福祉学部紀要第3号
- 浅井春夫（2002）「福祉国家の再編 公的責任の再定義」『現代思想』2002年6月号
- 朝倉新太郎・野村拓・儀我壮一郎・西岡幸泰・日野秀逸編（1991）『講座日本の保健・医療』労働旬報社
- 昴昭三（1982）『医療学概論』勁草書房
- 秋元美世（2001）「社会福祉の「基礎構造改革」と公的責任－行政責任の問題をめぐって」『総合社会福祉研究』No. 19
- 阿部敦（2017）『社会保障抑制下の国家・市民社会形成 社会保障・社会福祉教育の展開と市民社会の弱体化』金沢電子出版
- 阿部敦（2018）『「新しい社会保障教育」政策と地域共生社会』関西学院大学出版会
- 有田光雄（1995）『民主経営の管理と労働』同時代社
- 有田光男（2000）『非営利組織と民主経営論』かもがわ出版
- 有本信昭（1992）「協同組織形成の意味とその方向」『協同組合の新世紀』コープ出版
- 尼崎医療生協30周年編集委員会編（1979）『80年代の医療をめざして』尼崎医療生協
- 尼崎医療生活協同組合40年誌編集委員会（1989）『90年代の医療をめざして－尼崎医療生協の40年－』
- 尼崎医療生活協同組合「尼崎医療生活協同組合長期計画（案）住民の健康・医療を守る第一次五ヵ年計画（1989年～1993年）」
- 尼崎医療生活協同組合長期計画委員会「（1996）尼崎医療生活協同組合第二次5ヵ年計画案 参加と協同による健康で明るいまちづくり」（1996年10月24日）
- 尼崎医療生活協同組合（2002）「尼崎医療生活協同組合第三次5ヵ年計画（2001～2005）」

(2002 年 6 月 30 日)

- 尼崎医療生協臨時総代会議案集 (2016) 「尼崎医療生協第四次 5 か年計画案」
- 尼崎医療生活協同組合 (1976) 『東尼崎診療所開設 20 周年記念誌』
- 尼崎医療生活協同組合東日本大震災対策本部編 (2012) 『被災地をつなぐ「協同のちから」
いのちの平等をつらぬく尼崎医療生協の挑戦』 日本機関紙出版センター
- 尼崎医療生活協同組合 (2014) 「尼崎医療生協合併 40 周年記念レセプション・人とつなが
り、支えあう「いのちの平等」をつらぬく尼崎医療生協」 (2014 年 11 月 16 日) 資料
- 尼崎医療生協機関紙 (1976 年 1 月 1 日号) 「新春対談 木下元二さん・中川隆道さん」
- 尼崎市立地域研究史料館 (1996) 『尼崎地域史辞典』 尼崎市
- アントニオ・ネグリ、マイケル・ハート (2003) 『＜帝国＞グローバル化の世界秩序とマル
チチュードの可能性』 以文社
- アントニオ・ネグリ、マイケル・ハート、幾島幸子訳、水嶋一憲・市田良彦監訳 (2005)
『マルチチュード〔上〕＜帝国＞現代の戦争と民主主義』 NHK 出版
- アントニオ・ネグリ、マイケル・ハート、幾島幸子訳、水嶋一憲・市田良彦監訳 (2005)
『マルチチュード〔下〕＜帝国＞現代の戦争と民主主義』 NHK 出版
- アントニオ・ネグリ (2014) 『ネグリ、日本と向き合う』 NHK 出版新書
- アントニオ・ネグリ、マイケル・ハート、幾島幸子・古賀祥子訳、水嶋一憲監訳 (2012)
『コモンウェルス〔上〕＜帝国＞を超える革命論』 NHK 出版
- アントニオ・ネグリ、マイケル・ハート、幾島幸子・古賀祥子訳、水嶋一憲監訳 (2012)
『コモンウェルス〔下〕＜帝国＞を超える革命論』 NHK 出版
- 池上彰・的場昭弘 (2020) 『いまこそ「社会主義」混迷する世界を読み解く補助線』 朝日新
書
- 池田敬正 (1986) 『日本社会福祉史』 法律文化社
- 池田敬正 (1994) 『日本における社会福祉のあゆみ』 法律文化社
- 池田賢市 (2018) 「道德教育と人権教育との接合の可能性と危険性」『教育学論集 (60)』 (中
央大学)
- 池田賢市 (2019) 「道德教育の歴史と「教科化」の危うさ」『季刊社会運動』 No. 434
- 池永満・藤原高明 (2010) 『虹のブックレット No. 93 「医療生協の患者の権利章典」の今
後を考える』 医療福祉生協連
- 池本美和子 (2003) 「日本における社会連帯論―道德的規範を超えられるか?―」 佛教大学

社会学部論集第 37 号

- 石倉康次（2012）「日本における生存権保障と公的責任」『障害者問題研究』第 39 巻第 4 号
- 石光和雅（2004）『済生会の成立と医療福祉の展開』（自費出版）
- 石村久美子（2007）「健康の不平等と自己責任化」岡山県立大学保健福祉学部紀要第 14 巻 1 号
- 井口文子（2011）「大田病院での無料低額診療事業の取り組みと今後の課題」『総合社会福祉研究』No. 38
- 井上英夫（1991）「健康権と医療保障」『講座日本の保健・医療』労働旬報社
- 井上英夫（2009）『患者の言い分と健康権』新日本出版社
- 井上英夫（2012）『住み続ける権利 貧困、震災をこえて』新日本出版社
- 井上英夫（2019）「住み続ける権利と地域包括ケアー沢内村に学ぶ」『国民医療』No. 344
- 一般社団法人 LGBT 理解増進会（2018）『そうだったのか LGBT 歴史的な第一歩を共に踏み出そう』エピック
- 一番ヶ瀬康子（1971）『現代社会福祉論』時潮社
- 今井孝司（2008）「戦時下日本の厚生事業再考：部室的貧困から人的貧困への転換」『東洋史訪』No. 14
- 宇沢弘文（1988）『経済学の考え方』岩波新書
- 宇沢弘文・茂木愛一郎（1994）『社会的共通資本ーコモンズと都市ー』東京大学出版会
- 宇沢弘文（2000）『社会的共通資本』岩波新書
- 宇沢弘文（2004）『経済学と人間の心』東洋経済新報社
- 宇沢弘文・橋本俊詔・内山勝久（2012）『格差社会を超えて』東京大学出版会
- 宇沢弘文（2013）『経済学は人びとを幸せにできるか』東洋経済新報社
- 宇沢弘文（2015）『宇沢弘文の経済学 社会的共通資本の論理』日本経済新聞社
- 唄孝一（1973）「「健康権」についての一試論」『公衆衛生』Vol. 37, No. 1
- 右田紀久恵・井岡勉編（1984）『地域福祉 いま問われているもの』ミネルヴァ書房
- 江口英一（1979）『現代の「低所得層」ー「貧困」研究の方法』（上）未来社
- 江本淳（2015）「医療福祉生協をとりまく環境と事業戦略ー医療福祉生協の地域包括ケアをめざしてー」生協総研『生活協同組合研究』477 号
- 遠藤與一（2009）『天皇制慈恵主義の成立』学文社
- 及川英二郎（2011）「戦後初期の生活協同組合と文化活動ー貧困と部品化に抗してー」東京

- 歴史科学研究会編『人民の歴史学』（189）
- 大野博（2010）「生協法改正と医療生協の管理運営の課題」『生活協同組合研究』Vol. 418
- 大野博（2010）「医療生協の患者の権利章典－その輝きと未来－」『日本生協連医療部会 50 周年記念論文優秀作品集』コープ出版
- 大野博（2016）「医療生協と法制度」『各種協同組合の法制度改革の課題』生協総研レポート No. 79
- 大友信勝（2000）『公的扶助の展開』旬報社
- 大橋謙策（2001）『地域福祉論』全国社会福祉協議会
- 大西広（1986）「平和運動」『転換期の生活協同組合』大月書店
- 岡本好廣（1992）「「日本型生協モデルの」の形成と発展」生協総合研究所編『協同組合の新世紀』コープ出版
- 岡本好廣（2004）「「茹で蛙」にならないための改革」生活協同組合研究 2004 年 2 月
- 翁百合（2017）『国民視点の医療改革 超高齢社会に向けた技術革新と制度』慶應義塾大学出版会
- 緒方章宏（1981）「健康権試論」筑波大学医療技術短期大学部研究報告 No. 2
- 小笠原浩一（2008）社会福祉政策理論としての三浦入り論の特徴と歴史的意義について」社会福祉学第 49 巻第 1 号
- 小川政亮（1960）『産業資本確立期の救貧制度』勁草書房
- 小川政亮（1973）「健康権と社会保障」『公衆衛生』Vol. 37, No. 1
- 小川政亮（1985）『人権としての社会保障原則－社会保障検証と現在－』ミネルヴァ書房
- 小川政亮（1989）「生存権と医療生協－生協規制、とくに員外利用禁止の不当性について－」研究紀要第 79 号
- 小川政亮（2000）「国保法 44 条（一部負担金減免・徴収猶予）の今日的意義」『月刊民商』No. 472
- 岡崎祐司（2007）「社会福祉の準市場化と市場個人主義をめぐる理論的検討」社会福祉学部論集第 3 号
- 岡崎祐司・中村暁・横山壽一（2015）『安倍医療改革と皆保険体制の解体』大月書店
- 岡崎祐司（2017）「歪められる地域包括ケアシステム」『老後不安社会からの転換 介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店
- 岡崎祐司（2020）「「全世代型社会保障」の克服と人権保障型社会保障への道 負担増への

- 修辞を見抜き、生活者のための改革をさぐる」『民医連医療』No. 576
- 岡村重夫（1963）『社会福祉学（第二）』柴田書店
- 岡村重夫（1974）『地域福祉論』光生館
- 奥村晴彦（2016）「無料低額診療事業の歴史から、今日的な役割と意義を再確認する」『総合社会福祉研究』No. 47
- 岡本栄一（2002）「場－主体の地域福祉論」『地域福祉研究』30号
- 大日方悦夫（2018）『満洲分村移民を拒否した村長 佐々木忠綱の生き方と信念』信濃毎日新聞社
- 景井充（2009）「現代日本における閉塞の構造－“道徳的包摂”の視点から－」『唯物論研究ジャーナル』Vol. 2
- 門倉好文（1982）「医療法による医療法人と消費生活協同組合法による医療生活協同組合」日本医師会雑誌第88巻第10号
- 粕川實則（2009）「先輩たちから引き継がれた、夢を「かたち」にする尼崎医療生協の取り組み」『日本生協連医療部会50周年記念論文優秀作品集』コープ出版50周年記念論文
- 粕川實則（2010）「尼崎医療生協における無料低額診療事業のとりくみ」『民医連医療』No. 45
- 加藤好一（2011）「「日本型社会的協同組合」の提案と「3.11」後の社会のつくりなおし～「新しい公共」推進会議をめぐって～」『社会運動』No. 376
- 河口和也・風間孝ほか（1997）『ゲイ・スタディーズ』青土社
- 河口和也（2013）「ネオリベラリズム体制とクイア的主体－可視化に伴う矛盾－」広島修大論集第54巻第1号
- 川口清史（1986）『転換期の生活協同組合』大月書店
- 川口啓子（1996）「非営利組織としての医療生協」医療経済研究会会報No. 58
- 川口啓子（1999a）「医療生協の組織的特徴に関する研究－鳥取医療生協の歴史的考察を通して－」東北大学大学院経済学研究科博士論文
- 川口啓子（1999b）「医療生協の組織的特徴に関する考察－『国連調査報告書』及び自己規定の再検討を通して－」研究年報『経済学』（東北大学）
- 川口啓子（2003）「1950年代における医療生協の生協法人選択理由についての調査と考察」『創発』大阪健康福祉短期大学紀要創刊号、33-43
- 川坂和義（2015）「「人権」か「特権」か「恩恵」か？－日本におけるLGBTの権利」『現代思想』Vol. 43-16

- 河野正輝（1991）『社会福祉の権利構造』有斐閣
- 唐鎌直義（2012）『脱貧困の社会保障』旬報社
- 唐鎌直義（2018）「高齢期生活の実態と安倍政権の高齢者施策」『月刊全労連』2018年12月
- 唐鎌直義（2018）「社会保障削減で高齢者の貧困加速 人が擬制の財政 本末転倒」全国保険医新聞 2018年6月25日
- 唐鎌直義（2019）「老後生活直撃の消費税 社会保障充実の政治へ転換を」全国保険医新聞 2019年7月5日
- 唐鎌直義（2020）「高齢者の生活実態と社会保障の課題」兵庫県保険医協会第96回評議員会特別講演録（2020年1月5日）
- 菊池正治（2014）「日露戦後着の感化救済事業」『日本社会福祉の歴史 付・資料 改訂版』ミネルヴァ書房
- 日下部雅喜（2014）『介護保険は詐欺である』三一書房
- 木村孜（1981）『生活保護行政回顧録』全国社会福祉協議会
- 木村敦（2011）『社会政策と「社会保障・社会福祉」対象課題と制度体系』学文社
- 岸本貴士（2018）「生活困窮者への医療保障に向けた医療生協の事業と運動に関する一考察ー医療生協の組織的特徴に注目してー」佛教大学大学院紀要第46号
- 岸本貴士・黒岩晴子（2018）「無料低額診療事業の利用実態と患者の生活背景～国民健康保険法第44条の活用を視野に～」日本医療ソーシャルワーク学会『医療ソーシャルワーク』No.8
- 岸本貴士（2018）「医療生協による無料低額診療事業「人権としての医療保障」に向けた事業と運動の実践として」『民医連医療』第552号
- 岸本貴士（2019）「医療生協と無料低額診療事業」『無料低額診療事業のすべて 役割・実践・実務』クリエイツかもがわ
- 工藤恒夫（2002）「生活についての「自助」原則とは何かー社会保障の必然性を明らかにするためにー」『経済学論集』（中央大学）第42巻6号
- 黒岩裕市（2015）『ゲイの可視化を読む 現代文学に描かれる＜性の多様性＞？』晃洋書房
- 黒岩裕市（2016）「脱政治化という＜性の政治＞ー村上春樹「偶然の旅人」を読むー」『立命館言語文化研究』第28巻第2号
- 桑原洋子（2006）『社会福祉法制要説第5版』有斐閣
- 郡司淳（2004）『軍事援護の世界 軍隊と地域社会』同成社

- 郡司淳（2009）『近代日本の国民動員 「隣保相扶」と地域統合』刀水書房
- けいはん医療生活協同組合編『医療福祉生協による地域包括ケアの展開～けいはん医療生活協の過去・現在・未来～』日本高齢期運動サポートセンター
- 小磯明（2015）『イタリアの社会的協同組合』同時代社
- 孝橋正一（1972）『全訂・社会事業の基本問題（第2版）』ミネルヴァ書房
- 孝橋正一（1973）『続・社会事業の基本問題』ミネルヴァ書房
- 孝橋正一（1974）『全訂社会事業の基本問題』ミネルヴァ書房
- 後藤道夫（2001）『収縮する日本型＜大衆社会＞経済グローバリズムと国民の分裂』旬報社
- 後藤道夫（2005）「最低生活保障と労働市場」『平等主義が福祉を救う 脱＜自己責任＝格差社会＞の論理』青木書店
- 後藤道夫（2007）「格差社会の実態と背景」『格差社会とたたかうー“努力・チャンス・自立”論批判』青木書店
- 後藤道夫（2011）『ワーキングプア原論ー大転換と若者』花伝社
- 小林成隆・西川義明（2010）「わが国における低所得者の定義をめぐって～市町村税非課税者等という基準の妥当性～」名古屋文理大学紀要第10号
- 小松隆二（1974）「社会福祉の理論をめぐって（1）ー社会政策と社会福祉ー」三田学会雑誌 Vol. 68, No. 4
- 権永詞（2015）「個人化論の再検討ーM. フーコー統治性研究らの接近ー」千葉商大紀要第53巻第1号
- 近藤智彦ほか（2018）「討論・公開シンポジウム「LGBTはどうつながってきたか？」」北海道大学
- 近藤康男（1962）『新版協同組合の理論』御茶の水書房
- 近藤文男（1978）「消費者運動と生活協同組合運動」坂寄俊雄編『生活協同組合と現代社会』法律文化社
- 今野晴貴ほか編（2019）『闘わなければ社会は壊れる＜対決と創造＞の労働・福祉運動論』岩波書店
- 厚生労働省社会・援護局地域福祉課消費生活協同組合業務室（2017）「生協が行う地域福祉の先駆的な取組事例」
- 斎藤幸平（2020）『人新世の「資本論」』集英社新書
- 斎藤幸平（2021）『100分de名著 カール・マルクス 資本論』NHK出版

- 斎藤嘉幸 (2015)『新自由主義と権力 フーコーから現代性の哲学へ』人文書院
- 斎藤弥生 (2020)「100 年の歴史ある協働の「知」をどう生かせるかー医療福祉生協に期待するコ・プロダクションのまちづくりー」医療福祉生協連理論誌 Vol. 22
- 斎藤巧弥 (2018)「ゲイ雑誌『バディ』は何を目指してきたのかー編者の言説からみるゲイ・アイデンティティの形成ー」『年報社会学論集』31 号
- 斎藤嘉璋 (2007)『<改訂新版>現代生協運動小史』コープ出版
- 酒井隆史 (2019)『完全版自由論 現在性の系譜学』河出文庫
- 柿正文 (2013)「働ける人が最大限働いて相互に住民が支えあい地域で子供を育てる社会」をつくるために」(大阪市区長公募論文)
- 坂寄俊雄 (1978)「現代生活に求められる生協運動」『生活協同組合と現代社会』法律文化社
- 桜井啓太 (2013)「自立助長を放棄した生活保護制度 2013 年改革がもたらす影響」『POSSE』Vol. 21
- 桜井智恵子 (2020)「反自立という相互依存プロジェクト」『自立を追い立てられる社会』インパクト出版会
- 佐々木実 (2019)『資本主義と闘った男 宇沢弘文と経済学の世界』講談社
- 里見賢治 (1990)『日本の社会保障をどう読むかー現代の社会福祉を検証する』労働旬報社
- 里見賢治 (2014)「厚生労働省『自助・共助・公助』の特異な解釈と社会保障の再定義ー社会保障理念の再構築に向けて」『賃金と社会保障』1610 号
- 佐藤進 (1981)『医事法と社会保障法の交錯』勁草書房
- 佐藤卓利 (2015)「私たちは何故けいはん医療生協に注目するのか」『医療福祉生協による地域包括ケアの展開』日本高齢期運動サポートセンター
- 真田是編 (1979)『戦後日本社会福祉論争』法律文化社
- 真田是 (2001)「非営利・協同と社会福祉」総合社会福祉研究所編『総合社会福祉研究』第 18 号
- 佐貫浩 (2015)「<研究ノート>M・フーコーの新自由主義把握の検討」『生涯学習とキャリアデザイン』第 13 巻第 1 号
- 重田園江 (2011)『ミシェル・フーコー 近代を裏から読む』ちくま新書
- 重田園江 (2020)『フーコーの風向き: 近代国家の系譜学』青土社
- 篠崎次男 (1995)『虹の架け橋 医療生協の活動づくり・組織づくり』日本生協連医療部会

- 篠崎次男（1978）「医療保障確立と住民運動」西尾雅七・坂寄俊雄編『人びとの健康と社会保障』法律文化社
- 篠崎次男（1981a）「医療生協の専門技術者とその運動性」坂寄俊雄編『地域生活と生協運動』法律文化社
- 篠崎次男（1981b）「地域医療と医療生協運動」坂寄俊雄編『地域生活と生協運動』法律文化社
- 篠崎次男（1986）『虹のブックレット No. 12 医療生協規制のはなしーその内容と本質』日本生協連医療部会
- 篠崎次男（1998）「医療生活協同組合の「4つの系譜」をめぐって」日本医療経済学会会報
- 篠崎次男（1992）『医療における住民参加の実践 証言・医療生協運動』日本生協連医療部会
- 篠崎次男編（2006）『21世紀に語りつぐ社会保障運動』あけび書房
- 篠原拓也（2018）「社会福祉学における人権論の構想」大阪府立大学大学院人間社会学研究科博士論文
- 芝田英昭（2019）『医療保険「一部負担」の根拠を追う 厚生労働白書では何が語られたのか』自治体研究社
- 塩原勉（1976）『組織と運動の理論』新曜社
- 下山瑛二（1973）「「健康権」の歴史」『公衆衛生』Vol. 37、No. 1
- 下山瑛士（1979）『健康権と国の法的責任』岩波書店
- 『社会保障判例百選第4版』有斐閣、別冊ジュリスト 191号、2008年
- 朱珉（2018）「考察-生活保護制度における2つの流れと自立支援」田多英範編『「厚生（労働）白書」を読む 社会問題の変遷をどう捉えたか』ミネルヴァ書房
- 杉山貴士（2011）「「国民皆保険」崩壊の危機ーいま、なぜ無料低額診療事業なのか」大阪千代田短期大学紀要 No. 40
- 杉山貴士（2014）「国民皆保険体制のもとでの無料低額診療事業のあり方をめぐってー対応としての「完結した医療としての無料低額診療事業」を目指して」『民医連医療』No. 500
- 杉山貴士（2015）「戦後日本における医療福祉事業の歴史的変遷からの一考察 国民皆保険体制の下での無料低額診療事業の位置づけをめぐって」社会福祉学論集第15号
- 杉山貴士（2016）「医療生協による被災地の生活支援活動と「地域コミュニティの再生」の試みー宮城県山元町花釜地区でのアクションリサーチを通してー」生協総合研究所『生

協総研賞第12回助成事業研究論文』

杉山博昭(2007)「今日の社会連帯概念の批判的検討ー構造改革路線のもとでの自助自立・連帯概念を中心としてー」『総合社会福祉研究』第30号

鈴木哲男(2001)「生存の戦略が必要な時代に生協はどう変わるべきかー生協内の身内意識、組合員への甘えを見直そうー」『生協運営資料』2001年3月

鈴木勉(1999)「介護保険制度の導入と協同組合の課題」『協同の発見』No.84

鈴木勉(2001)「非営利・協同組織の事業と公的責任のあり方 福祉領域を対象に」『総合社会福祉研究』第18号

鈴木宗徳(2015)「はじめに」『個人化するリスクと社会』勁草書房、

鈴木宗徳(2006)「<個人化のポリティックス>ー格差社会における<自立>の強制」九州国際大学経営経済論集第13巻1・2合併号

砂脇恵(2000)「社会福祉における社会連帯の意味」佛教福祉学第2号

炭谷茂(1998)「社会福祉基礎構造改革の展望と課題」『社会福祉研究』第73号

炭谷茂(2000)『社会福祉の原理と課題「社会福祉基層構造改革」のその後の方向』社会保険研究所

関英昭(2016)「農協法の改正と協同組合の将来」『生協総研レポート』No.79

芹沢一也・高桑和巳(2007)『フーコーの後でー統治性・セキュリティ・闘争』慶應義塾大学出版会

全大阪生活と健康を守る会(2014)『不当弾圧との闘いの記録 生活と健康を守る会への家宅搜索、その背景にあるもの』日本機関紙出版センター

全日本自由労働組合編(1977)『全日自労の歴史』労働旬報社

全日本民医連職員育成部(2013)『全日本民医連“新綱領を「原動力に」民医連運動を推進する興隆集会講演録』保健医療研究所

全日本民医連編(1983)『民医連運動の軌跡』あゆみ出版

全日本民医連歴史編纂委員会(2012)『無差別・平等の医療をめざして(上)』全日本民医連

全日本民医連歴史編纂委員会(2012)『無差別・平等の医療をめざして(下)』全日本民医連

相馬健次(2002)『戦後日本生活協同組合論史 主要書籍を読み解く』日本経済評論社

外尾健一(1992)「生協労働と職員の役割」生協総研編『協同組合の新世紀』コープ出版、

- 高橋均（2020）『競争か連帯か 協同組合と労働組合の歴史と可能性』旬報社
- 高橋典成・高橋和子、大阪社会保障推進協議会企画（2019）『今と未来に生きる生命尊重行政 沢内村（元西和賀町）が教えてくれること』日本機関紙出版センター
- 高畑明尚（1997）「医療の非営利組織」『非営利・協同のセクターの論理と現実』日本経済評論社
- 高柳新（1979）「徳洲会の医療・その動向と背景」『民医連医療』No. 90
- 竹内章郎（1988）「能力の『共同性』と『有用性』」池谷嘉夫・後藤道夫・中西新太郎・吉崎祥司・吉田千秋『競争の教育から共同の教育へ』青木書店
- 竹内章郎（1993）『「弱者」の哲学』大月書店
- 竹内章郎（2007）『双書哲学塾 新自由主義の嘘』岩波書店
- 竹内章郎・吉崎祥司（2017）『社会権・人権を実現するもの』大月書店
- 田中秀樹（1982）「戦後生活協同組合論の系譜」北海道大学教育学部社会教育研究室編『社会教育研究』（4）
- 田中秀樹（2000）「現代消費社会と新しい協同運動」『生協は 21 世紀に生き残れるのか』大月書店
- 田中夏子（2012）「社会的排除と闘う協同 イタリアの社会的協同組合の取り組みを題材に」『世界』2012. 11
- 田中夏子（2018）「イタリアにおける「再国家化」下の小規模自治体（コムーネ）と市民社会ー「ボルギ」を支える環境・協同・文化の市民運動の可能性ー」『都市計画』No. 334
- 田中夏子（2019）「コミュニティ協同組合を考える①イタリアの社会的協同組合及びコミュニティ協同組あにおける一般利益とは何かー協同組合「第 7 原則」との関連を踏まえてー」『協同の発見』No. 323
- 田中夏子（2019）「日本のマルチステーク型コミュニティ協同組合の地域展開と課題ー「一般利益」概念と「第 7 原則」の関連を踏まえ、高齢者生協を題材としてー」2019 年日本協同組合学会個別報告資料（2019 年 9 月 6 日）
- 田中夏子（2019）「イタリアの社会的協同組合から学ぶー日本の協同組合の役割を考えるヒントとして」2019 年兵庫県生活協同組合連合会保健医療福祉研究会講演資料（2019 年 11 月 19 日）
- 橘木俊詔（2006）『格差社会 何が問題なのか』岩波新書
- 田辺準也（2005）「班協同購入事業の特質と生協労働者（職員）の役割」『生協再生と職員

の挑戦』かもがわ出版

谷川博信（1983）「民医連運動の発展はいつも順風満帆ではない 困難は人をつくり、人を鍛える」『民医連医療』No. 135

中馬充子（2011）「近代日本における警察的衛生行政と社会的排除に関する研究－違警罪即決と衛生取締事項を中心に－」西南学院大学人間科学論集第6巻第2号、167

堤匠（2009）「尼崎医療生協の「安心と助け合いのまちづくり」への挑戦－10億円に込められた思いがめざす「かたち」とは－」『日本生協連医療部会50周年記念論文優秀作品集』コープ出版

東京ほくと医療生協歴史編纂委員会（2016）『東京ほくと医療生協65年のあゆみ』龍書房

戸木田嘉久（1978）「経済的民主主義と協同組合運動」坂寄俊雄編『生活協同組合と現在社会』法律文化社

戸木田嘉久（1997）『生協職員論の探求 生協経営と職員のアイデンティティ』法律文化社

戸木田嘉久・三好正巳（2005）『生協再生と職員の挑戦 新版生協職員論の探求』かもがわ出版

戸木田嘉久（2005）「経済社会の在り方と経済民主主義の位置」『生協再生と職員の挑戦』かもがわ出版

富沢賢治・川口清史編（1997）『非営利・協同のセクターの理論と現実』日本経済評論社

永田幹夫（1981）『地域福祉組織論』全国社会福祉協議会

長倉司郎（1947）『消費生活協同組合法逐条解説』日本協同組合同盟

中川雄一郎（2000）『生協は21世紀に生き残れるのか コミュニティと福祉社会のために』大月書店

仲村優一（1974）「社会福祉の原理」『社会福祉教室』有斐閣

中嶋哲彦（2020）『国家と教育 愛と怒りの人格形成』青土社

中西新太郎（2005）「リアルな不平等と幻想の自由－新自由主義「社会開発」の特質と帰結－」『平等主義が福祉をすくう 脱＜自己責任＝格差社会＞の理論』青木書店

永山誠（1993）『戦後社会福祉の転換 新しい理念とは何か』労働旬報社

二木立（2012）「「自助・共助・公助」という表現と意味の変遷」『文化連情報』413号

二木立（2021）「「自助・共助・公助」と「自助・互助・共助・公助」の法令・行政での使われ方」『文化連情報』516号

- 西岡幸泰（1982）「医療生活協同組合の系譜と現状」『専修大学社会科学年報』（16）
- 西岡幸泰（1985）『現代日本医療政策論』労働旬報社
- 二宮厚美・山田達夫編（1988）『生協運動の新時代』労働旬報社
- 21 世紀生協理論研究会（2000）『現代生協改革の展望－古い協同から新しい協同へ』大月書店
- 2012 年国際協同組合年全国実行委員会編著（2012）『協同組合憲章〔草案〕がめざすもの』家の光協会
- 日本協同組合学会訳編（2000）『21 世紀の協同組合原則 ICA アイデンティティ声明と宣言』日本経済評論社
- 日本生協連生活協同組合運動史編集委員会編（1964）『現代日本生活協同組合運動史』日本生協連（10 年史）
- 日本生協連 25 年史編集委員会編（1977）『日本生活協同組合連合会 25 年史』日本生協連（25 年史）
- 日本生協連創立 50 周年記念史編纂委員会（2002）『現代日本生協運動史（上巻）』日本生協連（50 年史）
- 日本生協連創立 50 周年記念史編纂委員会（2002）『現代日本生協運動史（下巻）』日本生協連（50 年史）
- 日本生協連医療部会編（1984）『虹のブックレット No. 3 医療法と医療生協』日本生協連医療部会
- 日本生協連医療部会編（2006）『通信教育テキスト ISO9001 入門～ISO で医療の質をたかめるために～（第 3 版）』
- 日本生協連医療部会 50 年史編纂委員会（2007）『日本生活協同組合連合会 50 年史』日生協医療部会
- 日本生協連医療部会編（2008）『虹のブックレット No. 78 医療生協ブランドをつくろう』日生協医療部会
- 日本生協連医療部会編（2008）『医療生協の挑戦－医療部会 50 年のあゆみ』2008 年 4 月
- 日本生協連医療部会編（2009）『虹のブックレット No. 87 地域で協同を広げる－医療生協の新しい連合会に期待すること－』日生協医療部会
- 日本医療福祉生協連社会保障政策委員会編・日野秀逸監修（2011）『虹のブックレット No. 96 誰もが安心できる国民健康保険制度をめざして』医療福祉生協連

- 日本医療福祉生協連編（2015）『医療福祉生協のいのちの章典 実践ガイドライン』医療福祉生協連
- 日本医療福祉生協連編（2015）『虹のブックレット No. 106 医療福祉生協の地域包括ケア』医療福祉生協連
- 日本医療福祉生協連（2015）『Review and Research 医療福祉生協連理論誌 特集 医療福祉生協と地域包括ケア』Vol. 01、2015 年 2 月
- 日本医療福祉生協連（2018）『Review and Research 医療福祉生協連理論誌 特集 班をめぐって』Vol. 14、2018 年 3 月
- 日本医療福祉生協連（2018）『Review and Research 医療福祉生協連理論誌 特集 組合員参加が事業の質を高める』Vol. 16、2018 年 9 月
- 日本医療福祉生協連（2019）『Review and Research 医療福祉生協連理論誌 特集 総合力へのアプローチ』Vol. 19、2019 年 6 月
- 日本医療福祉生協連（2020）『Review and Research 医療福祉生協連理論誌 特集 コ・プロダクションとまちづくり』Vol. 22、2020 年 3 月
- 日本医療ソーシャルワーク学会編（2019）『医療福祉総合ガイドブック』医学書院
- 日本学術会議社会学委員会経済学委員会合同包摂的社会政策に関する多角的検討分科会（2014）「いまこそ『包摂する社会』の基盤づくりを」
- 野村拓（1988）『日本の医療と医療運動』労働旬報社
- ハーヴェイ、渡辺治監訳（2007）『新自由主義—その歴史的展開と現在』作品社
- 馬場啓之助（1980）「福祉社会以降の日本的条件」『季刊社会保障研究』Vol. 13、No. 3
- 馬場啓之助（1979）「福祉社会の日本的形態—ひとつの試論—」『季刊社会保障研究』Vol. 12、No. 3
- ばばこういち（1979）『ドキュメント徳田虎雄の研究』ちはら書房
- 浜岡政好（1986）「生協組合員の階層性とライフスタイル」『転換期の生活協同組合』大月書店
- 林博幸（1984）「地域福祉とニーズ論」『地域福祉 いま問われているもの』ミネルヴァ書房
- 原田実（2018）『オカルト化する日本の教育 江戸しぐさと親学にひそむナショナリズム』ちくま新書
- 番匠谷光晴（2014）「三極構造からみた医療保障行政に関する研究—国民皆保険期からの医

- 療保障訴訟事例と医療保障政策の分析を通じてー」四天王寺大学博士学位論文
- 日野秀逸（1974）『医療経済思想の展開』医療図書出版社
- 日野秀逸（1977）「医療の政治経済的とらえ方」『医療論序説』医療図書出版社
- 日野秀逸（1977）『医療論序説』、医療図書出版社
- 日野秀逸（1979）『医療と社会』日本生協連医療部会
- 日野秀逸（1986）『医療ブックス⑦ 健康と医療の思想ー健康の自己責任論をこえて』労働旬報社
- 日野秀逸（1990）『医療と歴史ー医療の社会発展史入門ー』日生協医療部会
- 日野秀逸（2004）「医療生協の「4つの系譜」論批判ー医療生協の出発点と形成過程類型の提案」日本医療経済学会会報
- 日野秀逸（2009）『地域から健康をつくる 医療生協という挑戦』新日本出版社
- 日野秀逸（2013）『虹のブックレット No. 104 憲法を学ぶ～日本国憲法に立って改憲案を批判する～』医療福祉生協連
- 日野秀逸（2014）『虹のブックレット No. 105 社会保障を学ぶ～いのち輝くくらしのために～』医療福祉生協連
- 日野秀逸（2016）『虹のブックレット No. 107 続・社会保障を学ぶ～アベノミクス「新3本の矢」と社会保障～』医療福祉生協連
- 広瀬義徳・桜井啓太編（2020）『自立を追い立てられる社会』インパクト出版会
- 兵庫県レッド・ページ記録集刊行委員会編（2018）『レッド・ページ50年《増補版》忘れてはならない歴史の教訓』兵庫県レッド・ページ反対懇談会
- 福島哲（2021）「尼崎医療生活協同組合の歩み（前編1989～2004）」
- 福島哲（2021）「尼崎医療生活協同組合の歩み（後編①2005～2011）」
- 福祉医療研究会編（1989）『無料低額診療事業の現状と課題』全国社会福祉協議会総合計画部
- 藤田悟（2005）「マルクス市民社会論における市民社会の構造と現代変容」『立命館産業社会論集』第41巻第3号
- 藤田悟（2008）「現代市民社会論における包摂と排除ー「市民／非市民」の境界をめぐってー」『立命館産業社会論集』第44巻第1号
- ブラウン、中井亜佐子訳（2017）『いかにして民主主義は失われていくのかー新自由主義の見えざる攻撃』みすず書房

- フレイザー、高橋明史訳（2003）「規律訓練からフレキシビリゼーションへ？ グローバリゼーションの時代にフーコーを読む」『現代思想』2003 年 12 月臨時増刊号、26-39
- 藤松素子（2012）「地域福祉をめぐる論点と課題－地域福祉の成立要件とは何か－」佛教大学社会福祉学部論集第 8 号
- 藤松素子（2019）「「地域共生社会」時代における地域福祉推進の要件とは何か」佛教大学社会福祉学部論集第 15 号
- 藤原高明（2012）『虹のブックレット No. 100 「いのちの章典」にむけて』医療福祉生協連
- 藤原高明（2013）『虹のブックレット No. 102 「いのちの章典」の理解を深めるために－疑問や意見にこたえて－』医療福祉生協連
- ペストフ、藤田暁男ほか訳（2000）『福祉社会と市民民主主義 協同組合と社会的企業の役割』日本経済評論社
- ポランニー、吉沢英成訳（1975）『大転換 市場社会の形成と崩壊』東洋経済新報社
- ポランニー、玉野井 芳郎 ほか訳（2003）『経済の文明史』ちくま学芸文庫
- ポランニー、野口建彦・栖原学訳（2009）『[新訳] 大転換 市場社会の形成と崩壊』東洋経済新報社
- 堀賢次（2000）『続済生会物語』恩賜財団済生会
- 堀越芳昭（2009）「「自助自律・自己責任」の破綻と協同組合の役割－小泉構造改革からの脱却と協同組合－」『協同組合経営研究誌にじ』No. 627
- マーシャルほか、岩崎信彦・中村健吾訳（1993）『シティズンシップと社会的階級』法律文化社
- 松岡正美（1978）「現代人権論と協同組合運動」『生活協同組合と現代社会』法律文化社
- 松田亮三・棟居徳子編（2009）『生存学研究センター報告 9 健康権の再検討：近年の国際的議論から日本の課題を探る』立命館大学生存学研究センター
- 松沢裕作（2018）『生きづらい明治社会 不安と競争の時代』岩波ジュニア新書
- 宮部好宏（2004）『生協法を考える』コープ出版
- 宮田和明（1979）『「新政策論」論争』真田是編『戦後日本社会福祉論争』法律文化社
- 宮田和明（1996）『現代日本社会福祉政策論』ミネルヴァ書房
- 宮沢弘道（2019）「「中断読み」で道德教科書を無力化する－子どもの内面に介入しない授業」『季刊社会運動』No. 434
- 宮本太郎（2021）「自助・共助・公助の定義から始める」『季刊社会運動』No. 442

- 三浦文夫（1980）『社会福祉経営論序説－政策の形成と運営』硯文社
- 三浦文夫（1987）『社会福祉制作研究 社会福祉経営論ノート（増補版）』全国社会福祉協議会
- 棟居徳子（2005）「健康（the right to health）の国際社会における現代的意義」社会環境研究第10号
- 民医連医療編集部（1979）「NHK テレビ誌上再録 川上武・徳田虎雄討論 徳洲会の医療改革は可能か」『民医連医療』No. 90
- 文部科学省（2018）『中学校学習指導要領（平成29年告示）解説 特別の教科 道徳』教育出版
- 文部科学省（2019a）『高等学校学習指導要領（平成30年告示）解説 公民編』東京書籍
- 文部科学省（2019b）『高等学校学習指導要領（平成30年告示）解説 総則編』東洋館出版社
- 安田義（2011）「東尼崎診療所創立の前夜（原稿案）」（2011年1月15日作成メモ）
- 安田義（2018）『堅忍不拔－波乱の生涯92年』（自費出版）
- 安田貴彦（2012）「給付行政をめぐる不正事犯に対する大阪府警察の取り組み－生活保護不正受給事犯対策を中心に－」『警察政策研究』第16号
- 安丸良夫（1977）『日本ナショナリズムの前夜』朝日選書
- 安丸良夫（1999）『近代の近代化と民衆思想』平凡社
- 柳幸春（1986）『許すな生協規制 それは民主主義への挑戦』芽ばえ社
- 山岸俊男（1998）『安心社会から信頼社会へ 日本型システムの行方』中公新書
- 山本秋（1971）『消費者運動と生活協同組合運動 歴史的・理論的解明と相互関連性の追求』生活問題研究所
- 山本秋（1982）『日本生活協同組合運動史』日本評論社
- 吉田久一（1974）『社会事業理論の歴史』一粒社
- 吉田久一（1995）『日本社会福祉理論史』勁草書房
- 吉田久一（1995）『日本の貧困』勁草書房
- 吉田傑俊（2005）『市民社会論－その理論と歴史』大月書店
- 吉田利男（1979）「徳洲会病院と医療改革の方向」『民医連医療』No. 90
- 吉永純・京都保健会編（2015）『いのちをつなぐ無料低額診療事業』クリエイツかもがわ
- 吉永純・原昌平・奥村晴彦・近畿無料低額診療事業研究会編（2019）『無料低額診療事業の

すべて 役割・実践・実務』クリエイツかもがわ

横山壽一 (2002)『社会保障の市場化・営利化』新日本出版社

横山壽一 (2009)『社会保障の再構築 市場化から共同化へ』新日本出版社

横山壽一 (2012)「社会保障改革推進法は何を狙うのか」『経済』第 207 号

横山壽一 (2021)「『全世代型社会保障改革』～その本質とねらいとは～」尼崎医療生活協同組合社会保障学習講演会 (2021 年 2 月 25 日)

柳姫希 (2018)「性的少数者の生活課題の解決に向けた当事者団体と自治体の協働－大阪市淀川区を事例に－」立教大学コミュニティ福祉研究所学術研究推進資金・大学院生研究 2017 年度研究成果報告書

リム・ボン (1996)『虹のブックレット No. 40 医療生協のまちづくり－楽しい健康文化活動をめざして－』日生協医療部会

リム・ボン (2010)「新・医療生協論－変革のパラダイム－」『生活協同組合研究』No. 418

若森みどり (2011)『カール・ポランニー 市場社会・民主主義・人間の自由』NTT 出版

若森みどり (2013)「新自由主義時代における市場社会の危機と甦るポランニー」『季刊経済理論』第 50 巻第 3 号

若森みどり (2015)『カール・ポランニーの経済学入門』平凡社新書

若森みどり (2015)「カール・ポランニーと社会政策の思想的次元」社会政策学会誌『社会政策』第 6 巻第 3 号

渡辺憲正 (1989)『近代批判とマルクス』青木書店

渡辺寛人 (2019)「ソーシャルビジネスは反貧困運動のオルタナティブか？新しい反貧困運動構築のための試論」今野晴貴ほか編『関わなければ社会は壊れる＜対決と創造＞の労働・福祉運動論』岩波書店

<英文書籍>

Lisa Duggan, The Twilight of Equality? Neoliberalism, Cultural politics, and the Attack on Democracy, Beacom Press, 2003

Sara Ahmed, On Being Included: Racism and Diversity in Institutional Life, Duke University Press, 2012

<websites>

池田賢市 (2020) 「「人権」と「思いやり」は違う…日本の教育が教えない重要な視点「道徳」で差別に挑んではならない」 現代ビジネス (2020 年 3 月 19 日)、

<https://gendai.ismedia.jp/articles/-/71170>

厚生白書 (昭和 31 年版～平成 12 年版)

https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/

厚生労働白書 (平成 13 年版～平成 15 年版)

https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei_

高橋史朗 (2020) 「道徳科の目標「道徳性」の 3 本柱の関係を見直せ」 (2020 年 5 月 18 日)

<https://www.morality.jp/salon200518-1/>

<謝辞>

博士課程に再入学したのは、2017年4月であった。2001年3月に性的マイノリティの人権教育・性教育で修士課程を修了、2004年4月に研究を深めるべくある大学院博士課程に入学したときから数えると、20年弱を経て博士学位請求論文をまとめたことになる。

私は、医療生協研究として学位論文をまとめることができたが、これは、一度目の博士課程進学後の困窮とトラブル、そして復職できた医療生協での巡りあわせからであった。

「衣食足りて礼節を知る」ではないが、「衣食足りてセクシュアリティを知る」という、物質的な条件を揃えない「人間らしく生きる」という実践は、「絵にかいた餅」に過ぎないことを経験をした。そうした認識への確信を持ったのは、研究したくても困窮でできない現実や辛い体験からであった。復職後、医療生協初の無料低額診療事業の管理運営に関わったが、そこでは、「人間らしく生きる」ための視座を社会保障・社会福祉の知見から再認識し、医療生協運動に確信が持つことができた。

佛教大学とは、黒岩晴子先生との出会いを契機にご縁をいただいた。黒岩晴子先生からの「学位は取っておいて損することはない」に背中を押され、佛教大学大学院博士課程への門をたたいた。

二度目となった博士課程では、横山壽一先生にご指導いただいた。今日の社会情勢のもとでの医療生協運動の意義を積極的に評価いただきながら、社会保障の知見に基づく懇切な指導とともに、私の得意な分野を伸長してくださるアドバイスに何度も救われた。学位論文をまとめ上げることができたのは、何よりも横山壽一先生のご指導があつてこそであった。

この間、無低診法人責任者、診療所事務長、組合員活動部副部長、理事会事務局長や総務部長としての役割を果たしながら、研究活動をすすめてきた。特に、無低診法人責任者、理事会事務局や組合員活動部では、実践者と研究者の両面をもって「医療生協の事業と運動」の方向を意識して研究活動を進めることができた。

福島哲・前専務理事からは「医療生協への確信」を学んだ。彼の経験的理論的に「医療生協へ確信を持つ姿勢」に驚いたが、それは私の学位論文の姿勢にも重なっている。瀬井宏幸・専務理事には、医療生協研究の重要性と私の研究スタンスへの全面的な支持をいただいた。引き続き、人権運動に資する研究活動をライフワークとして進めていきたい。